SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 158° - Numero 95

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Lunedì, 24 aprile 2017** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Prima,** *oltre alla* **Serie Generale***, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:*

- **1ª Serie speciale:** *Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)*
- **2ª Serie speciale:** *Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)*
- **3ª Serie speciale:** *Regioni (pubblicata il sabato)*
- **4ª Serie speciale:** *Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)*
- **5ª Serie speciale:** *Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)*

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda,** "Foglio delle inserzioni", *è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato*

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in *Gazzetta Ufficiale,* le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

SUPPLEMENTO ORDINARIO N. 20/L

DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 aprile 2017.

Nomina del commissario straordinario per la gestione del comune di Borgosesia.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto il proprio decreto in data 11 luglio 2016, con il quale, ai sensi dell'art. 53, comma 1, e dell'art. 141, comma 1, lettera *b)*, n. 1, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, il consiglio comunale di Borgosesia (Vercelli) è stato sciolto per decesso del sindaco;

Considerato che in tale fattispecie, ai sensi della normativa vigente, il consiglio comunale rimane in carica sino all'elezione dei nuovi organi;

Considerato che, a causa delle sopravvenute dimissioni rassegnate da nove consiglieri, con atto unico acquisito al protocollo dell'ente, non può essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi;

Ritenuto, pertanto, che si rende necessario, ad integrazione di quanto disposto con il predetto decreto dell'11 luglio 2016, nominare un commissario straordinario, così come previsto dall'art. 141, comma 3, del citato decreto legislativo n. 267/2000;

Sulla proposta del Ministro dell'interno, la cui relazione è allegata al presente decreto e ne costituisce parte integrante;

Decreta:

Art. 1.

La dott.ssa Elena Daghetta è nominata commissario straordinario per la provvisoria gestione del comune di Borgosesia (Vercelli) fino all'insediamento degli organi ordinari.

Al predetto commissario sono conferiti i poteri spettanti al consiglio comunale, alla giunta ed al sindaco.

Dato a Roma, addì 10 aprile 2017

MATTARELLA

MINNITI, *Ministro dell'interno*

ALLEGATO

Al Presidente della Repubblica

Con decreto del Presidente della Repubblica, datato 11 luglio 2016, è stato disposto lo scioglimento del consiglio comunale di Borgosesia (Vercelli), ai sensi dell'art. 53, comma 1, e dell'art. 141, comma 1, lettera *b)*, n. 1, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, a causa del decesso del sindaco.

In tale fattispecie, in base alla normativa vigente, il consiglio rimane in carica sino all'elezione dei nuovi organi.

Successivamente, nove consiglieri, su sedici assegnati dalla legge all'ente, hanno presentato le proprie dimissioni dalla carica, con atto unico acquisito al protocollo dell'ente in data 17 marzo 2017, determinando l'impossibilità di assicurare il normale funzionamento degli organi e dei servizi.

La situazione costituisce un grave pregiudizio per l'ente, in quanto a seguito delle dimissioni della metà più uno dei consiglieri non può essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi, essendo venuta meno l'integrità strutturale minima compatibile con il mantenimento in vita della rappresentanza elettiva.

Si ritiene che, nella specie, ricorrano gli estremi per far luogo alla nomina di un commissario straordinario, ai sensi dell'art. 141, comma 3, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Il prefetto di Vercelli, con proprio provvedimento, ha nominato un commissario prefettizio per la provvisoria gestione dell'ente con i poteri di sindaco, giunta e consiglio.

Sottopongo, pertanto, alla firma della S.V. l'unito schema di decreto con il quale si provvede, ad integrazione di quanto disposto con il predetto decreto dell'11 luglio 2016, alla nomina del commissario per la provvisoria gestione del comune di Borgosesia (Vercelli) nella persona della dott.ssa Elena Daghetta, in servizio presso la Prefettura di Vercelli.

Roma, 3 aprile 2017

Il Ministro dell'interno: MINNITI

17A02796

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 aprile 2017.

Scioglimento del consiglio comunale di Camerota e nomina del commissario straordinario.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Considerato che nelle consultazioni elettorali del 6 e 7 maggio 2012 sono stati rinnovati gli organi elettivi del comune di Camerota (Salerno);

Viste le dimissioni rassegnate, con atti separati acquisiti al protocollo dell'ente, da sette consiglieri sui dieci assegnati al comune, a seguito delle quali non può essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi;

Ritenuto, pertanto, che ricorrano gli estremi per far luogo allo scioglimento della suddetta rappresentanza;

Visto l'art. 141, comma 1, lett. *b)*, n. 3, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

Sulla proposta del Ministro dell'interno, la cui relazione è allegata al presente decreto e ne costituisce parte integrante;

Decreta:

Art. 1.

Il consiglio comunale di Camerota (Salerno) è sciolto.

Art. 2.

Il dottor Vincenzo Amendola è nominato commissario straordinario per la provvisoria gestione del comune suddetto fino all'insediamento degli organi ordinari.

Al predetto commissario sono conferiti i poteri spettanti al consiglio comunale, alla giunta ed al sindaco.

Dato a Roma, addì 10 aprile 2017

MATTARELLA

MINNITI, *Ministro dell'interno*

ALLEGATO

Al Presidente della Repubblica

Nel consiglio comunale di Camerota (Salerno), rinnovato nelle consultazioni elettorali del 6 e 7 maggio 2012 e composto dal sindaco e da dieci consiglieri, si è venuta a determinare una grave situazione di crisi a causa delle dimissioni rassegnate da sette componenti del corpo consiliare, con atti separati acquisiti al protocollo dell'ente in data 17 marzo 2017.

Le citate dimissioni, che sono state presentate per il tramite di un consigliere dimissionario, all'uopo delegato con atti autenticati, hanno determinato l'ipotesi dissolutoria dell'organo elettivo disciplinata dall'art. 141, comma 1, lettera *b)*, n. 3, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Pertanto, il prefetto di Salerno ha proposto lo scioglimento del consiglio comunale sopracitato disponendone, nel contempo, con provvedimento del 22 marzo 2017, la sospensione, con la conseguente nomina del commissario per la provvisoria gestione del comune.

Considerato che nel suddetto ente non può essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi, essendo venuta meno l'integrità strutturale minima del consiglio comunale compatibile con il mantenimento in vita dell'organo, si ritiene che, nella specie, ricorrano gli estremi per far luogo al proposto scioglimento.

Sottopongo, pertanto, alla firma della S.V. l'unito schema di decreto con il quale si provvede allo scioglimento del consiglio comunale di Camerota (Salerno) ed alla nomina del commissario per la provvisoria gestione del comune nella persona del dottor Vincenzo Amendola, in servizio presso la Prefettura di Salerno.

Roma, 3 aprile 2017

Il Ministro dell'interno: MINNITI

17A02797

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 aprile 2017.

Scioglimento del consiglio comunale di Ardea e nomina del commissario straordinario.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Considerato che il consiglio comunale di Ardea (Roma), rinnovato nelle consultazioni elettorali del 6 e 7 maggio 2012, è composto dal sindaco e da sedici membri;

Considerato altresì che nel citato ente non può essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi a causa della riduzione dell'organo assembleare, per impossibilità di surroga, a meno della metà dei componenti del consiglio;

Ritenuto, pertanto, che ricorrano i presupposti per far luogo allo scioglimento della suddetta rappresentanza;

Visto l'art. 141, comma 1, lett. *b)*, n. 4 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

Sulla proposta del Ministro dell'interno, la cui relazione è allegata al presente decreto e ne costituisce parte integrante;

Decreta:

Art. 1.

Il consiglio comunale di Ardea (Roma), è sciolto.

Art. 2.

Il dottor Antonio Tedeschi è nominato commissario straordinario per la provvisoria gestione del comune suddetto fino all'insediamento degli organi ordinari.

Al predetto commissario sono conferiti i poteri spettanti al consiglio comunale, alla giunta ed al sindaco.

Dato a Roma, addì 10 aprile 2017

MATTARELLA

MINNITI, *Ministro dell'interno*

ALLEGATO

Al Presidente della Repubblica

Nel consiglio comunale di Ardea (Roma), rinnovato nelle consultazioni elettorali del 6 e 7 maggio 2012 e composto dal sindaco e da sedici consiglieri, si è venuta a determinare una grave situazione di crisi a causa della riduzione dell'organo assembleare a meno della metà dei componenti.

Per effetto delle dimissioni, con atti separati, dei consiglieri, succedutesi a brevi intervalli di tempo nella stessa giornata, il consiglio comunale si è ridotto a quattro componenti, determinando l'ipotesi dissolutoria dell'organo elettivo impossibilitato, per mancanza del quorum legale, ad assumere alcuna delibera.

Il prefetto di Roma, pertanto, ritenendo essersi verificata l'ipotesi prevista dall'art. 141, comma 1, lettera *b)*, n. 4, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, ha proposto lo scioglimento del consiglio comunale sopracitato, disponendone, nel contempo, con provvedimento del 17 marzo 2017, la sospensione, con la conseguente nomina del commissario per la provvisoria gestione del comune.

Considerato che nel suddetto ente non può essere assicurato il normale funzionamento degli organi e dei servizi, essendo venuta meno l'integrità strutturale minima del consiglio comunale compatibile con il mantenimento in vita dell'organo, si ritiene che, nella specie, ricorrano gli estremi per far luogo al proposto scioglimento.

Sottopongo, pertanto, alla firma della S.V. l'unito schema di decreto con il quale si provvede allo scioglimento del consiglio comunale di Ardea (Roma), ed alla nomina del commissario per la provvisoria gestione del comune nella persona del dottor Antonio Tedeschi, in servizio presso la Prefettura di Roma.

Roma, 3 aprile 2017

Il Ministro dell'interno: MINNITI

17A02798

DELIBERA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 11 aprile 2017.

Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi nei giorni 15 e 16 luglio 2016 nel territorio della Provincia di Foggia e del Comune di Bisceglie in Provincia di Barletta-Andria-Trani e nei giorni dal 5 al 13 e il 19 settembre 2016 nel territorio delle Province di Bari, di Brindisi, di Foggia e di Lecce e del Comune di Margherita di Savoia in Provincia di Barletta-Andria-Trani.

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI
NELLA RIUNIONE DELL'11 APRILE 2017

Visto l'art. 5, della legge 24 febbraio 1992, n. 225;

Visto l'art. 107, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

Visto il decreto-legge del 15 maggio 2012, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2012, n. 100, recante: «Disposizioni urgenti per il riordino della protezione civile»;

Visto l'art. 10, del decreto-legge del 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119;

Vista la direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 ottobre 2012 concernente gli indirizzi per lo svolgimento delle attività propedeutiche alle deliberazioni del Consiglio dei ministri e per la predisposizione delle ordinanze di cui all'art. 5, della legge 24 febbraio 1992, n. 225 e successive modificazioni e integrazioni;

Considerato che nei giorni 15 e 16 luglio 2016 il territorio della Provincia di Foggia e del Comune di Bisceglie in Provincia di Barletta-Andria-Trani e nei giorni dal 5 al 13 e il 19 settembre 2016 il territorio delle Province di Bari, di Brindisi, di Foggia e di Lecce e il Comune di Margherita di Savoia in Provincia di Barletta-Andria-Trani è stato interessato da eventi meteorologici di elevata intensità che hanno determinato una grave situazione di pericolo per l'incolumità delle persone, nonché la perdita di una vita umana;

Considerato, altresì, che i summenzionati eventi hanno causato movimenti franosi, esondazioni di corsi d'acqua, gravi danneggiamenti alle infrastrutture viarie e ferroviarie, ad edifici pubblici e privati, alle opere di difesa idraulica, nonché alla rete dei servizi essenziali;

Considerato, che il Fondo per le emergenze nazionali di cui all'art. 5, comma 5-*quinquies*, della richiamata legge 24 febbraio 1992, n. 225, iscritto nel bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, presenta le necessarie disponibilità;

Vista la nota della Regione Puglia del 12 dicembre 2016;

Vista la nota del Dipartimento della protezione civile del 6 aprile 2017, prot. n. CG/0024821;

Visti gli esiti dei sopralluoghi effettuati dai tecnici del Dipartimento della protezione civile nei giorni 1° e 2 marzo 2017;

Ritenuto, pertanto, necessario provvedere tempestivamente a porre in essere tutte le iniziative di carattere straordinario finalizzate al superamento della grave situazione determinatasi a seguito degli eventi meteorologici in rassegna;

Tenuto conto che detta situazione di emergenza, per intensità ed estensione, non è fronteggiabile con mezzi e poteri ordinari;

Ritenuto, quindi, che ricorrono, nella fattispecie, i presupposti previsti dall'art. 5, comma 1, della citata legge 24 febbraio 1992, n. 225 e successive modificazioni, per la dichiarazione dello stato di emergenza;

Su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri;

Delibera:

Art. 1.

1. In considerazione di quanto esposto in premessa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, commi 1 e 1-*bis*, della legge 24 febbraio 1992, n. 225, e successive modificazioni e integrazioni, è dichiarato, fino al centottantesimo giorno dalla data del presente provvedimento, lo stato di emergenza in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi nei giorni 15 e 16 luglio 2016 nel territorio della Provincia di Foggia e del Comune di Bisceglie in Provincia di Barletta-Andria-Trani e nei giorni dal 5 al 13 e il 19 settembre 2016 nel territorio delle Province di Bari, di Brindisi, di Foggia e di Lecce e del Comune di Margherita di Savoia in Provincia di Barletta-Andria-Trani.

2. Per l'attuazione degli interventi da effettuare nella vigenza dello stato di emergenza, ai sensi dell'art. 5, comma 2, lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)*, della legge 24 febbraio 1992, n. 225, si provvede con ordinanze, emanate dal Capo del Dipartimento della protezione civile, acquisita l'intesa della Regione interessata, in deroga a ogni disposizione vigente e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico, nei limiti delle risorse di cui al comma 4.

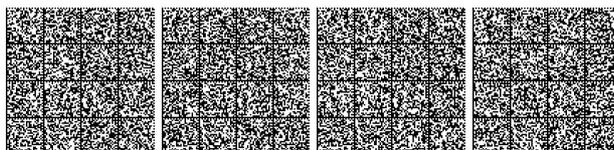
3. Alla scadenza del termine di cui al comma 1, la Regione Puglia provvede, in via ordinaria, a coordinare gli interventi conseguenti all'evento, finalizzati al superamento della situazione emergenziale.

4. Per l'attuazione dei primi interventi, nelle more della ricognizione in ordine agli effettivi e indispensabili fabbisogni, si provvede con l'importo di euro 6.100.000,00 a valere sul Fondo per le emergenze nazionali di cui all'art. 5, comma 5-*quinquies*, della legge 24 febbraio 1992, n. 225.

La presente delibera sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 11 aprile 2017

Il Presidente
del Consiglio dei ministri
GENTILONI SILVERI

17A02793

DELIBERA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 11 aprile 2017.

Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza della tromba d'aria e delle intense precipitazioni verificatesi il giorno 6 novembre 2016 nel territorio dei Comuni di Anguillara Sabazia, di Campagnano di Roma, di Castelnuovo di Porto, di Cerveteri, di Fiumicino, di Ladispoli, di Morlupo, di Roma e di Sacrofano, in Provincia di Roma.

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI
NELLA RIUNIONE DELL'11 APRILE 2017

Visto l'art. 5, della legge 24 febbraio 1992, n. 225;

Visto l'art. 107, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

Visto il decreto-legge del 15 maggio 2012, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2012, n. 100, recante: «Disposizioni urgenti per il riordino della protezione civile»;

Visto l'art. 10, del decreto-legge del 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119;

Vista la direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 ottobre 2012 concernente gli indirizzi per lo svolgimento delle attività propedeutiche alle deliberazioni del Consiglio dei ministri e per la predisposizione delle ordinanze di cui all'art. 5, della legge 24 febbraio 1992, n. 225 e successive modificazioni e integrazioni;

Considerato che il giorno 6 novembre 2016 il territorio dei Comuni di Anguillara Sabazia, di Campagnano di Roma, di Castelnuovo di Porto, di Cerveteri, di Fiumicino, di Ladispoli, di Morlupo, di Roma e di Sacrofano, in Provincia di Roma, è stato interessato da eventi meteorologici di elevata intensità accompagnati da forti raffiche di vento che hanno determinato una grave situazione di pericolo per l'incolumità delle persone;

Considerato, altresì, che i summenzionati eventi hanno causato la perdita di due vite umane, numerosi feriti, danni ad edifici pubblici e privati, nonché alle attività produttive;

Considerato, che il Fondo per le emergenze nazionali di cui all'art. 5, comma 5-*quinquies*, della richiamata legge 24 febbraio 1992, n. 225, iscritto nel bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, presenta le necessarie disponibilità;

Viste le note della Regione Lazio del 16 novembre 2016, del 26 gennaio, dell'8 e del 27 febbraio 2017;

Vista la nota del Dipartimento della protezione civile del 7 aprile 2017, prot. n. CG/0025190;

Visti gli esiti dei sopralluoghi effettuati dai tecnici del Dipartimento della protezione civile nei giorni 9, 28 e 29 novembre 2016;

Ritenuto, pertanto, necessario provvedere tempestivamente a porre in essere tutte le iniziative di carattere straordinario finalizzate al superamento della grave situazione determinatasi a seguito degli eventi meteorologici in rassegna;

Tenuto conto che detta situazione di emergenza, per intensità ed estensione, non è fronteggiabile con mezzi e poteri ordinari;

Ritenuto, quindi, che ricorrono, nella fattispecie, i presupposti previsti dall'art. 5, comma 1, della citata legge 24 febbraio 1992, n. 225 e successive modificazioni, per la dichiarazione dello stato di emergenza;

Su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri;

Delibera:

Art. 1.

1. In considerazione di quanto esposto in premessa, ai sensi e per gli effetti dell'art. 5, commi 1 e 1-*bis*, della legge 24 febbraio 1992, n. 225, e successive modificazioni e integrazioni, è dichiarato, fino al centottantesimo giorno dalla data del presente provvedimento, lo stato di emergenza in conseguenza della tromba d'aria e delle intense precipitazioni verificatesi il giorno 6 novembre 2016 nel territorio dei Comuni di Anguillara Sabazia, di Campagnano di Roma, di Castelnuovo di Porto, di Cerveteri, di Fiumicino, di Ladispoli, di Morlupo, di Roma e di Sacrofano, in Provincia di Roma.

2. Per l'attuazione degli interventi da effettuare nella vigenza dello stato di emergenza, ai sensi dell'art. 5, comma 2, lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)*, della legge 24 febbraio 1992, n. 225, si provvede con ordinanze, emanate dal Capo del Dipartimento della protezione civile, acquisita l'intesa della Regione interessata, in deroga a ogni disposizione vigente e nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento giuridico, nei limiti delle risorse di cui al comma 4.

3. Alla scadenza del termine di cui al comma 1, la regione Lazio provvede, in via ordinaria, a coordinare gli interventi conseguenti all'evento, finalizzati al superamento della situazione emergenziale.

4. Per l'attuazione dei primi interventi, nelle more della ricognizione in ordine agli effettivi e indispensabili fabbisogni, si provvede con l'importo di euro 1.200.000,00 a valere sul Fondo per le emergenze nazionali di cui all'art. 5, comma 5-*quinquies*, della legge 24 febbraio 1992, n. 225.

La presente delibera sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 11 aprile 2017

Il Presidente
del Consiglio dei ministri
GENTILONI SILVERI

17A02794

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

DECRETO 29 dicembre 2016.

Approvazione del progetto 201594LT3F - Rif. Bando PRIN 2015. (Decreto n. 3615).

IL DIRETTORE GENERALE
PER IL COORDINAMENTO, LA PROMOZIONE
E LA VALORIZZAZIONE

Visto il decreto-legge n. 85 del 16 maggio 2008 convertito, con modificazioni, in legge n. 121 del 14 luglio 2008, istitutivo, tra l'altro, del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca;

Visto il D.D. n. 2488 del 4 novembre 2015 (di seguito «bando»), con il quale sono state stabilite le procedure per gli interventi di supporto alla ricerca fondamentale nell'ambito degli atenei e degli enti pubblici di ricerca afferenti al MIUR, definiti i tre macrosettori di ricerca e la ripartizione del budget disponibile per ciascuno di essi (LS - Scienze della vita; PE - Scienze fisiche e ingegneria; SH Scienze sociali e umanistiche) e individuati i criteri per la selezione dei progetti presentati;

Visto il D.D. n. 3265 del 14 dicembre 2015 contenente modifiche all'art. 4, comma 1, del D.D. n. 2488 del 4 novembre 2015 sopra menzionato;

Visto il verbale finale del comitato di selezione relativo al macrosettore PE, redatto in data 7 settembre 2016 sotto forma di «documento informatico ufficiale», nel quale, in relazione alle risorse disponibili, si è evidenziata la possibilità, di approvare esclusivamente i progetti con punteggio finale complessivo pari a 15 (il massimo punteggio conseguibile), sia per i progetti della graduatoria generale, sia per i progetti presentati da professori/ricercatori under 40 (esaurendo con tali progetti anche la disponibilità della quota di riserva ad essi dedicata);

Visto l'elenco dei progetti approvati, contenuto nel predetto verbale del 7 settembre 2016, coi relativi costi congrui e i contributi proposti, da cui risulta il progetto coordinato dal prof. Gianfranco Rizzo codice 201594LT3F;

Visto l'art 3, comma 4 del bando PRIN 2015 che prevede «Tutti i costi del progetto sono coperti dal finanziamento MIUR, tranne quelli relativi al personale dipendente a tempo indeterminato, che restano a carico dell'ateneo/ente sede dell'unità di ricerca. A scopo premiale, è peraltro prevista la corresponsione, in favore dell'ateneo/ente sede dell'unità di ricerca del PI, di una quota forfettaria pari al 50% dello stipendio lordo annuo percepito dal PI al momento della presentazione del progetto (che dovrà essere attestato dal rappresentante legale dell'ateneo, mediante apposita dichiarazione da allegare in pdf al progetto), con conseguente sgravio del calcolo dell'indicatore di sostenibilità finanziaria dell'ateneo ai fini dell'art. 5 del decreto legislativo n. 49/2012 (calcolo del contingente assunzionale).»;

Visto altresì l'art 3, comma 5 del bando PRIN 2015 che prevede «L'assenza della dichiarazione di cui al comma 4 comporterà la non ammissibilità del progetto. Al termine della fase di selezione, per i soli progetti vincitori, il MIUR verificherà la completezza e la veridicità della dichiarazione, ugualmente azzerando la quota premiale spettante nel caso in cui siano riscontrate irregolarità o difformità rispetto al progetto e/ o al reale stipendio percepito»;

Visto il D.D. n. 1827 del 20 settembre 2016 riguardante il macrosettore PE (registrato alla Corte dei conti il 20 ottobre 2016, n. 3947) che, per il progetto codice 201594LT3F (proposto dal Prof. Gianfranco Rizzo in qualità di coordinatore nazionale), ha disposto l'esclusione dal bando PRIN 2015 in quanto dalle risultanze dei controlli di cui all'art. 3, comma 5 del «Bando» è stata riscontrata l'assenza della dichiarazione del legale rappresentante dell'ateneo;

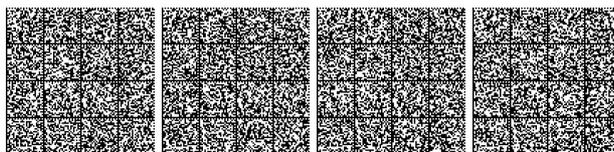
Vista la nota n. 73236 del 23 settembre 2016 con la quale l'Università degli studi di Palermo ha precisato quanto segue:

di aver predisposto a suo tempo, anche per questo progetto, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, a firma del legale rappresentante dell'ateneo munita della copia del documento di riconoscimento del rettore dell'ateneo;

che in fase di caricamento di quanto sopra nella proposta progettuale, il sistema informatico ha inoltrato soltanto la fotocopia del documento di riconoscimento, per un evidente malfunzionamento del programma;

Vista che con la medesima nota n. 73236 del 23 settembre 2016 l'Università degli studi di Palermo nel trasmettere nuovamente quanto non pervenuto della documentazione, ha chiesto al MIUR, in applicazione del soccorso istruttorio, la revoca del provvedimento di esclusione e l'ammissione al finanziamento del progetto che ha ottenuto, in fase di valutazione, il massimo punteggio conseguibile;

Vista la nota n. 18963 del 30 settembre 2016 con la quale il MIUR ha formulato all'Avvocatura generale dello Stato un quesito in merito alla possibilità di ricorrere al «soccorso istruttorio» e di conseguenza accogliere la richiesta dell'Università di Palermo;

Visto il parere espresso dall'Avvocatura in data 17 ottobre 2016 - 477312 P, che di seguito viene riportato: «Relativamente all'oggetto, va preliminarmente evidenziato che l'istituto del soccorso istruttorio non sembra applicabile alla procedura di che trattasi, inerendo per converso soltanto ai procedimenti concernenti il codice dei contratti pubblici. Peraltro, nella specie, parrebbe, alla stregua delle prospettazioni operate dall'Ateneo palermitano, che la certificazione occorrente di cui trattasi non sarebbe pervenuta tempestivamente a causa di "un evidente malfunzionamento del programma, testimoniato, altresì, dal mancato invio, alla chiusura, di un messaggio warning da parte del sistema stesso", per cui potrebbero effettivamente ricorrere i presupposti per disporre la riammissione del finanziamento, non essendo ascrivibile

ai soggetti interessati la predetta carenza documentale. Ciò premesso, tenuto conto che la valutazione del progetto comunque è stata già compiuta, e che non vi sono soggetti controinteressati, codesto Ministero procederà agli accertamenti del caso rispetto a quanto rappresentato dall'Ateneo, onde eventualmente provvedere nei sensi testè evidenziati.»;

Vista la nota n. 21137 del 27 ottobre 2016 con la quale il MIUR ha richiesto al rettore dell'Università di Palermo e al prof. Gianfranco Rizzo di perfezionare la richiesta di riammissione a finanziamento del progetto in argomento, per attestare e/o provare più compiutamente il malfunzionamento informatico;

Vista la nota n. 84952 del 3 novembre 2016 con la quale l'Università degli studi di Palermo, riscontrando la nota del MIUR sopra menzionata, ha comunicato quanto segue: «In data 14 gennaio 2016, dalle ore: 14:00, si è proceduto ad un aggiornamento del sistema firewall centralizzato di Ateneo Paloalto 5050 a protezione dei sistemi universitari. Non si esclude pertanto che il disservizio riscontrato abbia riguardato la continua connessione in rete verso il sistema Loginmiur»;

Vista l'integrazione alla nota n. 84952 del 3 novembre 2016 (pervenuta al MIUR il 29 novembre 2016 - prot. 23448) con la quale l'Università degli studi di Palermo, riscontrando nuovamente la nota del MIUR sopra menzionata e in riferimento alla propria nota prot. n. 84952 del 3 novembre 2016, ha comunicato quanto segue: «l'aggiornamento del sistema di firewall centralizzato di Ateneo Paloalto 5050, a protezione dei sistemi universitari, è stato svolto in data 14 gennaio 2016 dalle ore 13:30 alle ore 15:30.»;

Considerato che, alla luce del possibile malfunzionamento del sistema informatico il caricamento della «dichiarazione» potrebbe non essere avvenuto correttamente per motivi non imputabili all'ateneo e che quindi il progetto del prof. Gianfranco Rizzo risulterebbe in linea con i requisiti di partecipazione al bando PRIN 2015;

Ritenuto, conseguentemente, di poter procedere all'approvazione del progetto in argomento;

Visto il decreto legislativo n. 165/2001 e successive modifiche e integrazioni;

Visto il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante «Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»;

Decreta:

Art. 1.

In considerazione di quanto descritto nelle premesse del presente decreto nonché della menzionata documentazione che ne fa parte integrante ed essenziale, a modifica del decreto di approvazione n. 1827 del 20 settembre 2016, è approvato il seguente progetto valutato positivamente dal comitato di selezione del macrosettore PE:

Settore	PI	Codice	Ateneo PI	Atenei/enti responsabilità unità locali	Cofinanziamento	Contributo MIUR per ricerca	Quota premiale	Costo totale
PE8	Rizzo Gianfranco	201594LT3F	Università degli studi di Palermo	Università degli studi di Catania, Università degli studi «Mediterranea» di Reggio Calabria e Università degli studi di Roma «La Sapienza», Università degli studi di Bologna e Università IUAV di Venezia.	120.000	432.000	49.709	601.709

Art. 2.

Entro quindici giorni dalla data del presente decreto il coordinatore nazionale (mediante apposita maschera disponibile sul sito http://prin.miur.it) dovrà procedere alla ripartizione del contributo tra le varie unità di ricerca del progetto; al termine di tale fase (detta «rideterminazione») il MIUR procederà alla definizione degli importi com-

plessivi da trasferite all'ateneo e ad ogni ente pubblico di ricerca nonché all'emanazione del decreto di ammissione a contributo.

Art. 3.

Qualora nel termine sopra indicato, non risulterà effettuata la rideterminazione, il MIUR si riserva la facoltà di procedere alla revoca dell'approvazione del progetto disposta con il presente decreto.

Art. 4.

Fatto salvo quanto espressamente modificato con il presente decreto, vengono confermate tutte le clausole e le condizioni previste dal decreto D.D. n. 1827 del 20 settembre 2016.

Il presente decreto è inviato ai competenti organi di controllo e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 29 dicembre 2016

Il direttore generale: DI FELICE

Registrato alla Corte dei conti il 23 febbraio 2017
Ufficio controllo atti MIUR, MIBAC, Min. salute e Min. lavoro e politiche sociali, reg.ne prev. n. 201

17A02802

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 29 marzo 2017.

Ri-registrazione di prodotti fitosanitari, a base di Clorpirifos, sulla base del dossier CHA 7210-04 A di Allegato III, alla luce dei principi uniformi per la valutazione e l'autorizzazione dei prodotti fitosanitari, ai sensi del regolamento (CE) n. 546/2011.

IL DIRETTORE GENERALE
PER L'IGIENE E LA SICUREZZA
DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

Visto il regolamento (CE) n. 1107/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 21 ottobre 2009 relativo all'immissione sul mercato dei prodotti fitosanitari e che abroga le direttive del Consiglio 79/117/CEE e 91/414/CEE, e successivi regolamenti di attuazione e/o modifica; ed in particolare l'art. 80 concernente «Misure transitorie»;

Visto il regolamento (CE) n. 1272/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 dicembre 2008 relativo alla classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio delle sostanze e delle miscele che modifica e abroga le direttive 67/548/CEE e 1999/45/CE e che reca modifica al regolamento (CE) n. 1907/2006, e successive modifiche;

Visto il regolamento (CE) n. 396/2005 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 febbraio 2005 concernente i livelli massimi di residui di antiparassitari nei o sui prodotti alimentari e mangimi di origine vegetale e animale e che modifica la direttiva 91/414/CEE del Consiglio, nonché i successivi regolamenti che modificano gli allegati II e III del predetto regolamento, per quanto riguarda i livelli massimi di residui di singole sostanze attive in o su determinati prodotti;

Vista la legge 13 novembre 2009, n. 172, concernente «Istituzione del Ministero della salute e incremento del numero complessivo dei Sottosegretari di Stato» e successive modifiche;

Visto il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, concernente «Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59», ed in particolare gli articoli 115 recante «Ripartizione delle competenze» e l'art. 119 recante «Autorizzazioni»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 febbraio 2014, n. 59, concernente «Regolamento di organizzazione del Ministero della salute», ed in particolare l'art. 10 recante «Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 28 marzo 2013, n. 44, recante il regolamento di riordino degli organi collegiali e degli altri organismi operanti presso il Ministero della salute e il decreto ministeriale 30 marzo 2016, recante la costituzione del comitato tecnico per la nutrizione e la sanità animale, concernenti rispettivamente l'istituzione e l'articolazione del comitato tecnico per la nutrizione e la sanità animale e la composizione della sezione consultiva dei fitosanitari;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290, concernente «Regolamento di semplificazione dei procedimenti di autorizzazione alla produzione, all'immissione in commercio e alla vendita di prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti», e successive modifiche;

Visto il decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 194, concernente «Attuazione della direttiva 91/414/CEE in materia di immissione in commercio di prodotti fitosanitari», e successive modifiche;

Visto il decreto legislativo 14 agosto 2012, n. 150, recante «Attuazione della direttiva 2009/128/CE che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi»;

Visto il decreto interministeriale 22 gennaio 2014 recante «Adozione del Piano di azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo 14 agosto 2012, n. 150, recante: "Attuazione della direttiva 2009/128/CE che istituisce un quadro per l'azione comunitaria ai fini dell'utilizzo sostenibile dei pesticidi"»;

Visto il decreto ministeriale del 7 marzo 2006 di recepimento della direttiva 2005/72 CE della Commissione del 21 ottobre 2005, relativo all'iscrizione nell'allegato I del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 194, di alcune sostanze attive che ora figurano nei regolamenti (UE) 540/2011 e 541/2011 della Commissione, tra le quali la sostanza attiva «Clorpirifos»;

Visto il regolamento 762/2013 EU della Commissione del 7 agosto 2013 che proroga la scadenza dell'approvazione della sostanza attiva al 31 gennaio 2018;

Visti i decreti di autorizzazione all'immissione in commercio e all'impiego dei prodotti fitosanitari riportati nell'allegato al presente decreto;

Viste le istanze presentate dall'impresa titolare volte ad ottenere la ri-registrazione secondo i principi uniformi dei prodotti fitosanitari riportati nell'allegato al presente decreto, sulla base del dossier relativo al prodotto fitosanitario di riferimento «Cyren 44 EC», presentato dall'impresa Cheminova A/S, conforme ai requisiti di cui all'allegato III del citato decreto legislativo n. 194/1995, trasposti nel regolamento (UE) n. 545/2011 della Commissione;

Considerato che l'impresa titolare delle autorizzazioni dei prodotti fitosanitari di cui trattasi ha ottemperato a quanto previsto dal decreto del 7 marzo 2006, nei tempi e nelle forme da esso stabiliti ed in conformità alle condizioni definite per la sostanza attiva «Clorpirifos»;

Sentita la sezione consultiva per i fitosanitari di cui al decreto ministeriale 30 marzo 2016, che ha preso atto della conclusione della valutazione del sopracitato fascicolo CHA 7210-04 A, svolta dall'Università degli studi di Milano, al fine di ri-registrare i prodotti fitosanitari di cui trattasi fino 31 gennaio 2018, alle nuove condizioni di impiego;

Viste le note con le quali l'impresa titolare delle registrazioni dei prodotti fitosanitari riportati nell'allegato al presente decreto, ha ottemperato a quanto richiesto dall'ufficio;

Vista la nota con la quale l'impresa titolare ha comunicato di aver provveduto alla classificazione dei prodotti fitosanitari sotto indicati, ai sensi del regolamento (CE) n. 1272/2008 e successive modificazioni ed integrazioni;

Ritenuto di ri-registrare fino al 31 gennaio 2018, data di scadenza dell'approvazione della sostanza attiva «Clorpirifos», i prodotti fitosanitari indicati in allegato al presente decreto, alle condizioni definite dalla valutazione secondo i principi uniformi di cui all'allegato VI del regolamento (CE) n. 546/2011, sulla base del dossier conforme ai requisiti di cui all'allegato III del citato decreto legislativo n. 194/1995, trasposti nel regolamento (UE) n. 545/2011 della Commissione, relativo al prodotto fitosanitario di riferimento «Cyren 44 EC»;

Visto il versamento effettuato ai sensi del decreto ministeriale 9 luglio 1999 concernente «Determinazione delle tariffe relative all'immissione in commercio di prodotti fitosanitari e copertura delle prestazioni sostenute e rese a richiesta», in vigore alla data di presentazione dell'istanza;

Decreta:

Sono ri-registrati fino al 31 gennaio 2018, data di scadenza dell'approvazione della sostanza attiva CLORPIRIFOS, i prodotti fitosanitari indicati in allegato al presente decreto registrati al numero, alla data e a nome dell'impresa a fianco indicata, autorizzati con la nuova composizione, alle condizioni e sulle colture indicate nelle rispettive etichette allegate al presente decreto, fissate in applicazione dei principi uniformi.

Sono autorizzate le modifiche di composizione in adeguamento a quella del prodotto di riferimento nonché le modifiche indicate per ciascun prodotto fitosanitario riportate in allegato al presente decreto.

Sono approvate quale parte integrante del presente decreto le etichette allegate, adeguate secondo i principi uniformi, munite di classificazione stabilita dal titolare ai sensi del regolamento (CE) n. 1272/2008.

È fatto comunque salvo ogni eventuale successivo adempimento ed adeguamento delle condizioni di autorizzazione dei prodotti fitosanitari, anche in conformità a provvedimenti comunitari e ulteriori disposizioni riguardanti le sostanze attive componenti.

Lo smaltimento delle scorte di prodotti fitosanitari già immessi sul mercato alla data del presente decreto, è consentito secondo le seguenti modalità:

6 mesi, per la commercializzazione da parte del titolare dell'autorizzazione e la vendita da parte dei rivenditori e/o distributori autorizzati;

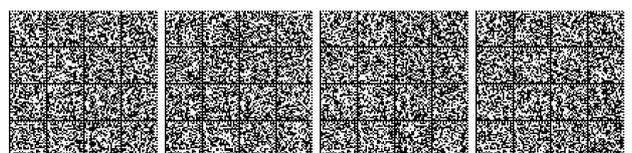
12 mesi, per l'impiego da parte degli utilizzatori finali.

Lo smaltimento si applica ai lotti di prodotto fitosanitario che riportano una data di preparazione immediatamente antecedente a quella del presente provvedimento.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e comunicato all'impresa interessata.

I dati relativi al/i suindicato/i prodotto/i sono disponibili nel sito del Ministero della salute www.salute.gov.it, nella sezione «Banca dati».

Roma, 29 marzo 2017

Il direttore generale: RUOCCO

ALLEGATO

Prodotti fitosanitari a base della sostanza attiva Clorpirifos ri-registrati alla luce dei principi uniformi sulla base del dossier CHA 7210-04 A di All. III fino al **31 Gennaio 2018** ai sensi del decreto ministeriale del 07 Marzo 2006 di recepimento della direttiva di inclusione 2005/72 CE della Commissione del 21 Ottobre 2005.

<table>
<tr><th></th><th>N. reg.ne</th><th>Nome prodotto</th><th>Data reg.ne</th><th>Impresa</th><th>Nuova classificazione stabilita dall'Impresa titolare</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1.</td><td>9153</td><td>CYREN 44 EC</td><td>07/03/1997</td><td>CHEMINOVA A/S</td><td>PERICOLO
H301-H304-H332-H410; P102-P202-P261-P270-P273-P280-P305+P351+P338-P310-P401-P501; EUH066-EUH401</td></tr>
<tr><td colspan="5">Modifiche autorizzate:
- Modifica minore di composizione
- Estensione alle colture: Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi, Vite da tavola, Nettarina, Albicocco, Mais dolce, Pomodoro da industria, Cavoli a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero).
- Eliminazione delle colture: Floreali ed Ornamentali (in serra), Pioppo, Soia, Patata, Pomodoro, Fagiolo, Pisello, Cavolo rapa, Carota, Cipolla, Tabacco, Girasole, Asparago, Agrumi (escluso Mandarino).</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2.</td><td>14129</td><td>CHAS 44 EC</td><td>11/04/2008</td><td>CHEMINOVA AGRO ITALIA S.R.L</td><td>PERICOLO
H301-H304-H332-H410; P102-P202-P261-P270-P273-P280-P305+P351+P338-P310-P401-P501; EUH066-EUH401</td></tr>
<tr><td colspan="5">Modifiche autorizzate:
- Modifica minore di composizione
- Estensione alle colture: Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi, Vite da tavola, Nettarina, Albicocco, Mais dolce, Pomodoro da industria, Cavoli a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero).
- Eliminazione delle colture: Floreali ed Ornamentali (in serra), Pioppo, Soia, Patata, Pomodoro, Fagiolo, Pisello, Cavolo rapa, Carota, Cipolla, Tabacco, Girasole, Asparago, Agrumi (escluso Mandarino).</td></tr>
</table>

3.	14130	PERSHING 44 EC	11/04/2008	CHEMINOVA AGRO ITALIA S.R.L	**PERICOLO** H301-H304-H332-H410; P102-P202-P261-P270-P273-P280-P305+P351+P338-P310-P401-P501; EUH066-EUH401
	Modifiche autorizzate: - Modifica minore di composizione - Estensione alle colture: **Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi, Vite da tavola, Nettarina, Albicocco, Mais dolce, Pomodoro da industria, Cavoli a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero)**. - Eliminazione delle colture: **Floreali ed Ornamentali** (in serra), **Pioppo, Soia, Patata, Pomodoro, Fagiolo, Pisello, Cavolo rapa, Carota, Cipolla, Tabacco, Girasole, Asparago, Agrumi** (eccetto Mandarino).				
4.	14139	GROOVE 44 EC	11/04/2008	CHEMINOVA AGRO ITALIA S.R.L	**PERICOLO** H301-H304-H332-H410; P102-P202-P261-P270-P273-P280-P305+P351+P338-P310-P401-P501; EUH066-EUH401
	Modifiche autorizzate: - Modifica minore di composizione - Estensione alle colture: **Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi, Vite da tavola, Nettarina, Albicocco, Mais dolce, Pomodoro da industria, Cavoli a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero)**. - Eliminazione delle colture: **Floreali ed Ornamentali** (in serra), **Pioppo, Soia, Patata, Pomodoro, Fagiolo, Pisello, Cavolo rapa, Carota, Cipolla, Tabacco, Girasole, Asparago, Agrumi** (eccetto Mandarino).				

<table>
<tr><td rowspan="2">5.</td><td>14189</td><td>NUFOS 44 EC</td><td>11/04/2008</td><td>CHEMINOVA AGRO ITALIA S.R.L</td><td>PERICOLO
H301-H304-H332-H410; P102-P202-P261-P270-P273-P280-P305+P351+P338-P310-P401-P501;EUH066-EUH401</td></tr>
<tr><td colspan="5">Modifiche autorizzate:
- Modifica minore di composizione
- Estensione alle colture: Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi, Vite da tavola, Nettarina, Albicocco, Mais dolce, Pomodoro da industria, Cavoli a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero).
- Eliminazione delle colture: Floreali ed Ornamentali (in serra), Pioppo, Soia, Patata, Pomodoro, Fagiolo, Pisello, Cavolo rapa, Carota, Cipolla, Tabacco, Girasole, Asparago, Agrumi (eccetto Mandarino).</td></tr>
</table>

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

CYREN 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

CYREN 44 EC Registrazione del Ministero della Sanità n. 9153 del 07.03.1997

CHEMINOVA A/S
Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)
Tel. +45 9690 9690

Distribuito da **Cheminova Agro Italia S.r.l.**
Via Fratelli Bronzetti 32/28, 24124 Bergamo - Tel. 035 19904468

Composizione:		
CLORPIRIFOS puro	g.	44,3 (=480 g/l)
Coformulanti q.b. a	g.	100

Partita n. ....
Contenuto: 0,100-0,250-0,500-1-5-10-20 L

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10, aromatici, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.
CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.
PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.
REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.
CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.
SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

PERICOLO

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Stabilimenti di produzione:
CHEMINOVA A/S - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)
DIACHEM S.p.A. - Unità Produttiva SIFA - Caravaggio (BG)
SCAM S.p.A. - Via Bellaria, 164 - Modena

PRESCRIZIONI SUPPLEMENTARI: Non contaminare l'acqua con il prodotto o il suo contenitore. Non pulire il materiale d'applicazione in prossimità delle acque di superficie. Evitare la contaminazione attraverso i sistemi di scolo delle acque dalle aziende agricole e dalle strade. Per lavorazioni agricole entro il periodo di 48 ore, indossare indumenti protettivi atti ad evitare il contatto con la pelle. Non rientrare nelle zone trattate prima di 24 ore.
Il prodotto è nocivo per gli insetti utili, il bestiame e gli animali domestici.
Per proteggere gli artropodi non bersaglio, durante la fioritura non trattare la coltura in una fascia a bordo campo di 30 m per agrumi, 20 m per pomacee, 10 m per vite, 5 m per colture erbacee, 1 m per mais e mais dolce. Non utilizzare quando le api sono in attività; rimuovere o coprire gli alveari durante l'applicazione. Eliminare le piante infestanti prima della fioritura. Nei vigneti l'intervallo tra le applicazioni non deve essere inferiore ai 14 giorni. Per le applicazioni in frutteto, assicurarsi che qualsiasi copertura in fiore sia falciata o pacciamata prima dell'applicazione.

Vite: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Pomacee e drupacee: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Colture erbacee (irroratrici a barra): usare ugelli a ventaglio che assicurino una riduzione della deriva ≥ 90% + 5 m fascia tampone.
Agrumi: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 30 m fascia tampone.

INFORMAZIONI PER IL MEDICO
Sintomi: colpisce il SNC e le terminazioni parasimpatiche, le sinapsi pregangliari, le placche neuromuscolari. Sintomi muscarinici (di prima comparsa): nausea, vomito, crampi addominali, diarrea. Broncospasmo, ipersecrezione bronchiale, edema polmonare. Visione offuscata, miosi.
Salivazione e sudorazione. Bradicardia (incostante). **Sintomi nicotinici** (di seconda comparsa): astenia e paralisi muscolari. Tachicardia, ipertensione arteriosa, fibrillazione. **Sintomi centrali:** confusione, atassia, convulsioni, coma. **Cause di morte:** generalmente insufficienza respiratoria. Alcuni esteri fosforici, a distanza di 7-15 giorni dall'episodio acuto, possono provocare un effetto neurotossico ritardato (paralisi flaccida, in seguito spastica, delle estremità). **Terapia:** atropina ad alte dosi fino a comparsa dei primi segni di atropinizzazione. Somministrare subito la pralidossima.
Consultare un Centro Antiveleni.

USI AUTORIZZATI E MODALITÀ D'IMPIEGO

COLTURE ARBOREE: CYREN 44 EC si impiega alla comparsa dei parassiti sulle colture e alle dosi di seguito riportate, che valgono per trattamenti a volume normale. Nei trattamenti a volume ridotto, per poter distribuire su ogni ettaro la stessa quantità di principio attivo, le dosi d'impiego del formulato devono essere proporzionalmente aumentate.
AGRUMI: Mandarino
Contro Cocciniglie (*Aonidiella aurantii, Planoccus citri, Icerya purchasi, Ceroplastes spp., Aspidiotus hederae, Aspidiotus nerii, Parlatoria spp., Mytilococcus spp.*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi o, comunque, in presenza del parassita
Contro Formiche (*Hiridomyrmex humilis/Linepithema humile, Tapinoma erraticum, Camponotus nylanderi*), intervenire alla presenza del parassita irrorando la base del tronco ed il terreno.
Contro *Dialeurodes citri* e *Aleurotrixus floccosus*, si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.
Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di *Pezothrips kellyanus*.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha (220 ml/hl per formiche). Non eseguire più di 2 trattamenti.
POMACEE (Melo, Pero, Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi)
Contro Carpocapsa (*Laspeyresia/Cydia pomonella*), Tortricidi ricamatori (*Pandemis cerasana, Pandemis heparana, Archips podanus, Archips rosanus, Adoxophyes orana, Argyrotaenia pulchellana, Argyrotaenia spp.*), Sesidi (*Synanthedon myopaeformis, Synanthedon typhiaeformis*), trattare alla schiusura delle uova.
Contro Cocciniglie (*Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa, Epidiaspis leperii, Lepidosaphes ulmi*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Contro *Cacopsylla melanoneura* e *Cacopsylla picta*, trattare alla presenza del parassita.
Contro *Cossus cossus* e *Zeuzera pyrina*, trattare il tronco e i rami alla presenza delle prime larve neonate.
Contro *Eriosoma lanigerum*, trattare alla presenza del parassita. Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di *Aphis pomi* e *Dysaphis plantaginea*.
Il prodotto presenta un buon effetto collaterale nei confronti di Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*), della Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e Tentredini (*Hoplocampa brevis, Hoplocampa testudinaea*). Si consiglia di trattare alla presenza del parassita.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura o al più tardi allo stadio di frutticino appena formato.
VITE da tavola e da vino
Contro Tignole (*Polychrosis/Lobesia botrana* e *Clysia/Eupoecilia ambiguella*), trattare alla comparsa delle prime larve.
Contro Cicaline della vite (*Empoasca flavescens, Empoasca vitis, Zygina rahmi, Scaphoideus titanus*) e Metcalfa (*Metcalfa pruinosa*), trattare alla presenza del parassita.
Contro Cocciniglie della vite (*Pulvinaria vitis, Targionia vitis, Planococcus spp., Heliococcus bohemicus, Lecanium corni*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Dosi di 110 ml/hl e un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato per vite da vino e 1,35 l/ha per vite da tavola. Non eseguire più di 2 trattamenti all'anno per vite da vino e non più di 1 trattamento all'anno per vite da tavola. Per vite da tavola il trattamento è consentito solo in prefioritura.
DRUPACEE (Pesco, Nettarina, Albicocco)
Contro Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*) e Anarsia (*Anarsia lineatella*), trattare alla schiusura delle uova.

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del .... **29 MAR. 2017**

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

Contro CoccinIglie (*Pseudaulacaspis pentagona, Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.

Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e dei Tripidi (*Taeniothrips meridionalis, Thrips major, Frankliniella occidentalis*). Trattare alla presenza del parassita.

Su albicocco, si consiglia di eseguire dei saggi varietali prima del trattamento.

Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura.

COLTURE ERBACEE (non per alimentazione animale): CYREN 44 EC si impiega di norma alla comparsa dei parassiti. Salvo quanto diversamente indicato, la quantità di acqua da distribuire è di 600-800 litri/ettaro.

BARBABIETOLA DA ZUCCHERO

Contro Nottue (*Mamestra spp., Spodoptera spp., Autographa gamma*), Altiche (*Chaetocnema tibialis, Phyllotreta vittula, Longitarsus spp.*), Atomaria (*Atomaria linearis*), Cleono (Conorrhynchus mendicus), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Aphis fabae, Myzus persicae*). Dosi di 1 L/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.

MAIS e MAIS DOLCE

Contro la Piralide del mais (*Pyrausta/Ostrinia nubilalis*), Sesamia (*Sesamia cretica*) e Diabrotica (*Diabrotica virgifera virgifera*), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita con 1-1,5 l/ha. Usare un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Il prodotto presenta un effetto collaterale nei confronti di Tipula (*Tipula spp.*).

Non eseguire più di 1 trattamento.

SOLANACEE (Pomodoro da industria, Peperone, Melanzana)

Contro Lepidotteri (*Autographa gamma, Spodoptera spp., Heliothis armigera, Ostrinia/Pyrausta nubilalis*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.

Contro Dorifora (*Leptinotarsa decemlineata*) si consiglia di intervenire alla presenza del parassita. Il trattamento ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Myzus persicae*).

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) ed Elateridi (*Agriotes spp.*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Dosi di 750 ml/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Su pomodoro e peperone trattare solo in prefioritura.

CAVOLI a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo di Bruxelles, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero) e a infiorescenza (Cavolfiore, Cavolo broccolo)

Contro Lepidotteri fogliari (*Mamestra brassicae, Pieris Brassicae, Pieris rapae*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Dosi di 1 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Sui cavoli a testa eseguire il trattamento solo fino alla formazione del pomo.

COLTURE FLOREALI ED ORNAMENTALI (in pieno campo): previo saggio preliminare per accertare la selettività del prodotto sulle varietà e nelle diverse condizioni ambientali

Contro Tripidi, Tortricidi, Nottue, Cocciniglie, Oziorrinchi e Aleurodidi, si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno. Dosi di 100 ml/hl o 0,8 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.

LOTTA CONTRO LE NOTTUE DEL TERRENO: per irrorazione o con esche preparate allo scopo nella lotta contro le nottue che infestano le colture-**ornamentali e floreali.**

- Trattamenti per irrorazione: 750-1500 ml di prodotto per ettaro, distribuiti con 800-1000 litri di acqua.
- Distribuzione di esche: 25 ml di prodotto per Kg di esca preparata utilizzando una base di crusca e melasso miscelati. Distribuire 50 Kg di esca per ettaro. Trattare o distribuire le esche durante le ore serali o comunque durante le ore più fresche della giornata.

Informazioni relative ai fenomeni di resistenza: Ai fini di una corretta gestione della resistenza, si consiglia sempre di inserire il prodotto in un calendario che preveda l'alternanza di prodotti a base di chlorpyrifos ethyl con altri prodotti contenenti una sostanza attiva diversa.

Compatibilità: non miscelare con polisolfuri di calcio e di bario.

AVVERTENZA: in caso di miscela con altri formulati deve essere rispettato il periodo di carenza più lungo. Devono essere osservate le norme precauzionali prescritte per i prodotti più tossici. Qualora si verificassero casi di intossicazione, informare il medico della miscelazione compiuta.

Fitotossicità: Non effettuare trattamenti sugli agrumi nei mesi compresi tra gennaio e aprile.

Intervallo di sicurezza: sospendere i trattamenti 90 GIORNI prima della raccolta delle pomacee; 60 GIORNI prima della raccolta per barbabietola, mais e mais dolce; 30 GIORNI per vite da vino e mandarino, 21 GIORNI per i cavoli e 10 GIORNI per solanacee. **Per tutte le altre colture il trattamento è consentito solo in pre-fioritura prima della formazione del frutto, o alla formazione del pomo per i cavoli a testa.**

Indicazioni operative per ridurre l'effetto deriva

Una volta montati gli ugelli l'irroratrice deve essere tarata in funzione della pressione e quindi della portata che si intende ottenere. Ove presenti, mantenere fasce non coltivate vegetate, barriere frangivento o siepi fra le zone trattate e il corpo idrico da proteggere. Quando la superficie fogliare è ancora ridotta e nei filari di bordo eseguire il trattamento ad una pressione di lavoro più bassa. Non eseguire il trattamento in presenza di vento. Per le colture erbacee usare un ugello antideriva di fine barra a getto tagliato. Adottare la minima distanza ottimale tra ugelli e superficie da trattare. Regolare il volume di distribuzione dell'acqua e la velocità di avanzamento dell'irroratrice in base alle dimensioni delle piante ed alla superficie fogliare presente.

Chiudere l'erogazione degli ugelli durante le fasi di svolta in capezzagna e sul lato esterno dell'irroratrice quando si tratta il filare di bordo.

ATTENZIONE

Da impiegarsi esclusivamente per gli usi e alle condizioni riportate in questa etichetta. Chi impiega il prodotto è responsabile degli eventuali danni derivanti da uso improprio del preparato. Il rispetto di tutte le indicazioni contenute nella presente etichetta è con-dizione essenziale per assicurare l'efficacia del trattamento e per evitare danni alle piante, alle persone ed agli animali.

NON APPLICARE CON MEZZI AEREI

NON CONTAMINARE ALTRE COLTURE, ALIMENTI E BEVANDE O CORSI D'ACQUA

OPERARE IN ASSENZA DI VENTO

DA NON VENDERSI SFUSO

IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ES-SERE DISPERSO NELL'AMBIENTE

IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del **29 MAR. 2017**

ETICHETTA FORMATO RIDOTTO

CYREN 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)
INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE
Meccanismo d'azione IRAC: 1B

CYREN 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 9153 del 07/03/1997

CHEMINOVA A/S
Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)
Tel. +45 9690 9690

Composizione:	
CLORPIRIFOS puro	**g. 44,3 (=480 g/l)**
Coformulanti q.b. a	**g. 100**

Partita n. ....
Contenuto: 100 ml

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10, aromatici, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.
CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.
PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.
REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.

PERICOLO

CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.
SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.
INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Distribuito da **Cheminova Agro Italia S.r.l.**
Via Fratelli Bronzetti 32/28, 24124 Bergamo - Tel. 035 19904468
Stabilimenti di produzione:
CHEMINOVA A/S - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)
DIACHEM S.p.A. - Unità Produttiva SIFA - Caravaggio (BG)
SCAM S.p.A. - Via Bellaria, 164 - Modena

PRIMA DELL'USO LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO
SMALTIRE LE CONFEZIONI SECONDO LE NORME VIGENTI
IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO
IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ESSERE DISPERSO NELL'AMBIENTE

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del ......**29 MAR. 2017**..........

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

CHAS 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

CHAS 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 14129 dell'11/04/2008

CHEMINOVA AGRO ITALIA Srl
Via F.lli Bronzetti 32/28 - 24124 Bergamo
Tel. 035/19904468

Composizione:	
CLORPIRIFOS puro	g. 44,3 (=480 g/l)
Coformulanti q.b. a	g. 100

Partita n. ....
Contenuto: 0,100-0,250-0,500-1-5-10-20 L

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10,aromatici, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.

CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.

PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.

REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.

CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.

SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

PERICOLO

Stabilimento di produzione: **CHEMINOVA A/S** - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)

PRESCRIZIONI SUPPLEMENTARI: Non contaminare l'acqua con il prodotto o il suo contenitore. Non pulire il materiale d'applicazione in prossimità delle acque di superficie. Evitare la contaminazione attraverso i sistemi di scolo delle acque dalle aziende agricole e dalle strade. Per lavorazioni agricole entro il periodo di 48 ore, indossare indumenti protettivi atti ad evitare il contatto con la pelle. Non rientrare nelle zone trattate prima di 24 ore.

Il prodotto è nocivo per gli insetti utili, il bestiame e gli animali domestici.

Per proteggere gli artropodi non bersaglio, durante la fioritura non trattare la coltura in una fascia a bordo campo di 30 m per agrumi, 20 m per pomacee, 10 m per vite, 5 m per colture erbacee, 1 m per mais e mais dolce. Non utilizzare quando le api sono in attività; rimuovere o coprire gli alveari durante l'applicazione. Eliminare le piante infestanti prima della fioritura. Nei vigneti l'intervallo tra le applicazioni non deve essere inferiore ai 14 giorni. Per le applicazioni in frutteto, assicurarsi che qualsiasi copertura in fiore sia falciata o pacciamata prima dell'applicazione.

Vite: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Pomacee e drupacee: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Colture erbacee (irroratrici a barra): usare ugelli a ventaglio che assicurino una riduzione della deriva ≥ 90% + 5 m fascia tampone.
Agrumi: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 30 m fascia tampone.

INFORMAZIONI PER IL MEDICO

Sintomi: colpisce il SNC e le terminazioni parasimpatiche, le sinapsi pregangliari, le placche neuromuscolari. Sintomi muscarinici (di prima comparsa): nausea, vomito, crampi addominali, diarrea. Broncospasmo, ipersecrezione bronchiale, edema polmonare. Visione offuscata, miosi.
Salivazione e sudorazione. Bradicardia (incostante). **Sintomi nicotinici** (di seconda comparsa): astenia e paralisi muscolari. Tachicardia, ipertensione arteriosa, fibrillazione. **Sintomi centrali:** confusione, atassia, convulsioni, coma. **Cause di morte**: generalmente insufficienza respiratoria. Alcuni esteri fosforici, a distanza di 7-15 giorni dall'episodio acuto, possono provocare un effetto neurotossico ritardato (paralisi flaccida, in seguito spastica, delle estremità). **Terapia:** atropina ad alte dosi fino a comparsa dei primi segni di atropinizzazione. Somministrare subito la pralidossima.
Consultare un Centro Antiveleni.

USI AUTORIZZATI E MODALITÀ D'IMPIEGO

COLTURE ARBOREE: CHAS 44 EC si impiega alla comparsa dei parassiti sulle colture e alle dosi di seguito riportate, che valgono per trattamenti a volume normale. Nei trattamenti a volume ridotto, per poter distribuire su ogni ettaro la stessa quantità di principio attivo, le dosi d'impiego del formulato devono essere proporzionalmente aumentate.

AGRUMI: Mandarino
Contro Coccinigli (*Aonidiella aurantii, Planoccus citri, Icerya purchasi, Ceroplastes spp., Aspidiotus hederae, Aspidiotus nerii, Parlatoria spp., Mytilococcus spp.*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi o, comunque, in presenza del parassita
Contro Formiche (*Hiridomyrmex humilis/Linepithema humile, Tapinoma erraticum, Camponotus nylanderi*), intervenire alla presenza del parassita irrorando la base del tronco ed il terreno.
Contro *Dialeurodes citri* e *Aleurotrixus floccosus*, si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.
Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di *Pezothrips kellyanus*.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha (220 ml/hl per formiche). Non eseguire più di 2 trattamenti.

POMACEE (Melo, Pero, Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi)
Contro Carpocapsa (*Laspeyresia/Cydia pomonella*), Tortricidi ricamatori (*Pandemis cerasana, Pandemis heparana, Archips podanus, Archips rosanus, Adoxophyes orana, Argyrotaenia pulchellana, Argyrotaenia spp.*), Sesidi (*Synanthedon myopaeformis, Synanthedon typhiaeformis*), trattare alla schiusura delle uova.
Contro Coccinigli (*Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa, Epidiaspis leperii, Lepidosaphes ulmi*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Contro *Cacopsylla melanoneura* e *Cacopsylla picta*, trattare alla presenza del parassita.
Contro *Cossus cossus* e *Zeuzera pyrina*, trattare il tronco e i rami alla presenza delle prime larve neonate.
Contro *Eriosoma lanigerum*, trattare alla presenza del parassita. Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di *Aphis pomi* e *Dysaphis plantaginea*.
Il prodotto presenta un buon effetto collaterale nei confronti di Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*), della Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e Tentredini (*Hoplocampa brevis, Hoplocampa testudinaea*). Si consiglia di trattare alla presenza del parassita.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura o al più tardi allo stadio di frutticino appena formato.

VITE da tavola e da vino
Contro Tignole (*Polychrosis/Lobesia botrana* e *Clysia/Eupoecilia ambiguella*), trattare alla comparsa delle prime larve.
Contro Cicaline della vite (*Empoasca flavescens, Empoasca vitis, Zygina rahmni, Scaphoideus titanus*) e Metcalfa (*Metcalfa pruinosa*), trattare alla presenza del parassita.
Contro Coccinigli della vite (*Pulvinaria vitis, Targionia vitis, Planococcus spp., Heliococcus bohemicus, Lecanium corni*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Dosi di 110 ml/hl e un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato per vite da vino e 1,35 l/ha per vite da tavola. Non eseguire più di 2 trattamenti all'anno per vite da vino e non più di 1 trattamento all'anno per vite da tavola. Per vite da tavola il trattamento è consentito solo in prefioritura.

DRUPACEE (Pesco, Nettarina, Albicocco)
Contro Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*) e Anarsia (*Anarsia lineatella*), trattare alla schiusura delle uova.
Contro Coccinigli (*Pseudaulacaspis pentagona, Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e dei Tripidi (*Taeniothrips meridionalis, Thrips major, Frankliniella occidentalis*). Trattare alla presenza del parassita.
Su albicocco, si consiglia di eseguire dei saggi varietali prima del trattamento.

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del ....**29 MAR. 2017**.......

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura.

COLTURE ERBACEE (non per alimentazione animale): CHAS 44 EC si impiega di norma alla comparsa dei parassiti. Salvo quanto diversamente indicato, la quantità di acqua da distribuire è di 600-800 litri/ettaro.
BARBABIETOLA DA ZUCCHERO
Contro Nottue (*Mamestra spp., Spodoptera spp., Autographa gamma*), Altiche (*Chaetocnema tibialis, Phyllotreta vittula, Longitarsus spp.*), Atomaria (*Atomaria linearis*), Cleono (Conorrhynchus mendicus), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.
Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.
Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Aphis fabae, Myzus persicae*). Dosi di 1 L/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.
MAIS e MAIS DOLCE
Contro la Piralide del mais (*Pyrausta/Ostrinia nubilalis*), Sesamia (*Sesamia cretica*) e Diabrotica (*Diabrotica virgifera virgifera*), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita con 1-1,5 l/ha. Usare un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato.
Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.
Il prodotto presenta un effetto collaterale nei confronti di Tipula (*Tipula spp.*).
Non eseguire più di 1 trattamento.
SOLANACEE (Pomodoro da industria, Peperone, Melanzana)
Contro Lepidotteri (*Autographa gamma, Spodoptera spp., Heliothis armigera, Ostrinia/Pyrausta nubilalis*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.
Contro Dorifora (*Leptinotarsa decemlineata*) si consiglia di intervenire alla presenza del parassita. Il trattamento ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Myzus persicae*).
Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) ed Elateridi (*Agriotes spp.*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.
Dosi di 750 ml/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Su pomodoro e peperone trattare solo in prefioritura.
CAVOLI a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo di Bruxelles, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero) e a infiorescenza (Cavolfiore, Cavolo broccolo)
Contro Lepidotteri fogliari (*Mamestra brassicae, Pieris Brassicae, Pieris rapae*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.
Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.
Dosi di 1 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Sui cavoli a testa eseguire il trattamento solo fino alla formazione del pomo.
COLTURE FLOREALI ED ORNAMENTALI (in pieno campo): previo saggio preliminare per accertare la selettività del prodotto sulle varietà e nelle diverse condizioni ambientali
Contro Tripidi, Tortricidi, Nottue, Coccíniglie, Oziorrinchi e Aleurodidi, si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.
Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno. Dosi di 100 ml/hl o 0,8 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.
LOTTA CONTRO LE NOTTUE DEL TERRENO: per irrorazione o con esche preparate allo scopo nella lotta contro le nottue che infestano le colture-**ornamentali e floreali.**
- Trattamenti per irrorazione: 750-1500 ml di prodotto per ettaro, distribuiti con 800-1000 litri di acqua.
- Distribuzione di esche: 25 ml di prodotto per Kg di esca preparata utilizzando una base di crusca e melasso miscelati. Distribuire 50 Kg di esca per ettaro. Trattare o distribuire le esche durante le ore serali o comunque durante le ore più fresche della giornata.

Informazioni relative ai fenomeni di resistenza: Ai fini di una corretta gestione della resistenza, si consiglia sempre di inserire il prodotto in un calendario che preveda l'alternanza di prodotti a base di chlorpyrifos ethyl con altri prodotti contenenti una sostanza attiva diversa.

Compatibilità: non miscelare con polisolfuri di calcio e di bario.

AVVERTENZA: in caso di miscela con altri formulati deve essere rispettato il periodo di carenza più lungo. Devono essere osservate le norme precauzionali prescritte per i prodotti più tossici. Qualora si verificassero casi di intossicazione, informare il medico della miscelazione compiuta.

Fitotossicità: Non effettuare trattamenti sugli agrumi nei mesi compresi tra gennaio e aprile.

Intervallo di sicurezza: sospendere i trattamenti 90 GIORNI prima della raccolta delle pomacee; 60 GIORNI prima della raccolta per barbabietola, mais e mais dolce; 30 GIORNI per vite da vino e mandarino, 21 GIORNI per i cavoli e 10 GIORNI per solanacee.
Per tutte le altre colture il trattamento è consentito solo in pre-fioritura prima della formazione del frutto, o alla formazione del pomo per i cavoli a testa.

Indicazioni operative per ridurre l'effetto deriva
Una volta montati gli ugelli l'irroratrice deve essere tarata in funzione della pressione e quindi della portata che si intende ottenere. Ove presenti, mantenere fasce non coltivate vegetate, barriere frangivento o siepi fra le zone trattate e il corpo idrico da proteggere. Quando la superficie fogliare è ancora ridotta e nei filari di bordo eseguire il trattamento ad una pressione di lavoro più bassa. Non eseguire il trattamento in presenza di vento. Per le colture erbacee usare un ugello antideriva di fine barra a getto tagliato. Adottare la minima distanza ottimale tra ugelli e superficie da trattare. Regolare il volume di distribuzione dell'acqua e la velocità di avanzamento dell'irroratrice in base alle dimensioni delle piante ed alla superficie fogliare presente.
Chiudere l'erogazione degli ugelli durante le fasi di svolta in capezzagna e sul lato esterno dell'irroratrice quando si tratta il filare di bordo.

ATTENZIONE
Da impiegarsi esclusivamente per gli usi e alle condizioni riportate in questa etichetta. Chi impiega il prodotto è responsabile degli eventuali danni derivanti da uso improprio del preparato. Il rispetto di tutte le indicazioni contenute nella presente etichetta è con-dizione essenziale per assicurare l'efficacia del trattamento e per evitare danni alle piante, alle persone ed agli animali.
NON APPLICARE CON MEZZI AEREI
NON CONTAMINARE ALTRE COLTURE, ALIMENTI E BEVANDE O CORSI D'ACQUA
OPERARE IN ASSENZA DI VENTO
DA NON VENDERSI SFUSO
IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ES-SERE DISPERSO NELL'AMBIENTE
IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del **29 MAR. 2017**

ETICHETTA FORMATO RIDOTTO

CHAS 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

CHAS 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 14129 dell'11/04/2008

CHEMINOVA AGRO ITALIA Srl

Via F.lli Bronzetti 32/28 - 24124 Bergamo - Tel. 035/19904468

Composizione:		
CLORPIRIFOS puro	**g. 44,3 (=480 g/l)**	
Coformulanti q.b. a	**g. 100**	

Partita n. ....

Contenuto: **100 ml**

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10, aromatici, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.

CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.

PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.

REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.

PERICOLO

CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.

SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Stabilimento di produzione: **CHEMINOVA A/S** - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)

PRIMA DELL'USO LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO

SMALTIRE LE CONFEZIONI SECONDO LE NORME VIGENTI

IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ESSERE DISPERSO NELL'AMBIENTE

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del **29 MAR. 2017**

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

PERSHING 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

PERSHING 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 14130 dell'11/04/2008

CHEMINOVA AGRO ITALIA Srl
Via F.lli Bronzetti 32/28 - 24124 Bergamo
Tel. 035/19904468

Distribuito da **ARYSTA LIFESCIENCE ITALIA Srl**
Via Nino Bixio, 6 – 44042 Cento (FE) – Tel. 051 6836207

Composizione:	
CLORPIRIFOS puro	g. 44,3 (=480 g/l)
Coformulanti q.b. a	g. 100

Partita n. ....

Contenuto: 0,100-0,250-0,500-1-5-10-20 L

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10, aromatici, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.

CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.

PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.

REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.

CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.

SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

PERICOLO

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Stabilimento di produzione: **CHEMINOVA A/S** - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)

PRESCRIZIONI SUPPLEMENTARI: Non contaminare l'acqua con il prodotto o il suo contenitore. Non pulire il materiale d'applicazione in prossimità delle acque di superficie. Evitare la contaminazione attraverso i sistemi di scolo delle acque dalle aziende agricole e dalle strade. Per lavorazioni agricole entro il periodo di 48 ore, indossare indumenti protettivi atti ad evitare il contatto con la pelle. Non rientrare nelle zone trattate prima di 24 ore.

Il prodotto è nocivo per gli insetti utili, il bestiame e gli animali domestici.

Per proteggere gli artropodi non bersaglio, durante la fioritura non trattare la coltura in una fascia a bordo campo di 30 m per agrumi, 20 m per pomacee, 10 m per vite, 5 m per colture erbacee, 1 m per mais e mais dolce. Non utilizzare quando le api sono in attività; rimuovere o coprire gli alveari durante l'applicazione. Eliminare le piante infestanti prima della fioritura. Nei vigneti l'intervallo tra le applicazioni non deve essere inferiore ai 14 giorni. Per le applicazioni in frutteto, assicurarsi che qualsiasi copertura in fiore sia falciata o pacciamata prima dell'applicazione.

Vite: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Pomacee e drupacee: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Colture erbacee (irroratrici a barra): usare ugelli a ventaglio che assicurino una riduzione della deriva ≥ 90% + 5 m fascia tampone.
Agrumi: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 30 m fascia tampone.

INFORMAZIONI PER IL MEDICO

Sintomi: colpisce il SNC e le terminazioni parasimpatiche, le sinapsi pregangliari, le placche neuromuscolari. Sintomi muscarinici (di prima comparsa): nausea, vomito, crampi addominali, diarrea. Broncospasmo, ipersecrezione bronchiale, edema polmonare. Visione offuscata, miosi.
Salivazione e sudorazione. Bradicardia (incostante). **Sintomi nicotinici** (di seconda comparsa): astenia e paralisi muscolari. Tachicardia, ipertensione arteriosa, fibrillazione. **Sintomi centrali:** confusione, atassia, convulsioni, coma. **Cause di morte**: generalmente insufficienza respiratoria. Alcuni esteri fosforici, a distanza di 7-15 giorni dall'episodio acuto, possono provocare un effetto neurotossico ritardato (paralisi flaccida, in seguito spastica, delle estremità). **Terapia:** atropina ad alte dosi fino a comparsa dei primi segni di atropinizzazione. Somministrare subito la pralidossima.
Consultare un Centro Antiveleni.

USI AUTORIZZATI E MODALITÀ D'IMPIEGO

COLTURE ARBOREE: PERSHING 44 EC si impiega alla comparsa dei parassiti sulle colture e alle dosi di seguito riportate, che valgono per trattamenti a volume normale. Nei trattamenti a volume ridotto, per poter distribuire su ogni ettaro la stessa quantità di principio attivo, le dosi d'impiego del formulato devono essere proporzionalmente aumentate.

AGRUMI: Mandarino
Contro Cocciniglie (*Aonidiella aurantii, Planoccus citri, Icerya purchasi, Ceroplastes spp., Aspidiotus hederae, Aspidiotus nerii, Parlatoria spp., Mytilococcus spp.*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi o, comunque, in presenza del parassita
Contro Formiche (*Hiridomyrmex humilis/Linepithema humile, Tapinoma erraticum, Camponotus nylanderi*), intervenire alla presenza del parassita irrorando la base del tronco ed il terreno.
Contro *Dialeurodes citri* e *Aleurotrixus floccosus*, si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.
Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di *Pezothrips kellyanus*.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha (220 ml/hl per formiche). Non eseguire più di 2 trattamenti.

POMACEE (Melo, Pero, Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi)
Contro Carpocapsa (*Laspeyresia/Cydia pomonella*), Tortricidi ricamatori (*Pandemis cerasana, Pandemis heparana, Archips podanus, Archips rosanus, Adoxophyes orana, Argyrotaenia pulchellana, Argyrotaenia spp.*), Sesidi (*Synanthedon myopaeformis, Synanthedon typhiaeformis*), trattare alla schiusura delle uova.
Contro Cocciniglie (*Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa, Epidiaspis leperii, Lepidosaphes ulmi*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Contro *Cacopsylla melanoneura* e *Cacopsylla picta*, trattare alla presenza del parassita.
Contro *Cossus cossus* e *Zeuzera pyrina*, trattare il tronco e i rami alla presenza delle prime larve neonate.
Contro *Eriosoma lanigerum*, trattare alla presenza del parassita. Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di *Aphis pomi* e *Dysaphis plantaginea*.
Il prodotto presenta un buon effetto collaterale nei confronti di Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*), della Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e Tentredini (*Hoplocampa brevis, Hoplocampa testudinaea*). Si consiglia di trattare alla presenza del parassita.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura o al più tardi allo stadio di frutticino appena formato.

VITE da tavola e da vino
Contro Tignole (*Polychrosis/Lobesia botrana* e *Clysia/Eupoecilia ambiguella*), trattare alla comparsa delle prime larve.
Contro Cicaline della vite (*Empoasca flavescens, Empoasca vitis, Zygina rahmni, Scaphoideus titanus*) e Metcalfa (*Metcalfa pruinosa*), trattare alla presenza del parassita.
Contro Cocciniglie della vite (*Pulvinaria vitis, Targionia vitis, Planococcus spp., Heliococcus bohemicus, Lecanium corni*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Dosi di 110 ml/hl e un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato per vite da vino e 1,35 l/ha per vite da tavola. Non eseguire più di 2 trattamenti all'anno per vite da vino e non più di 1 trattamento all'anno per vite da tavola. Per vite da tavola il trattamento è consentito solo in prefioritura.

DRUPACEE (Pesco, Nettarina, Albicocco)
Contro Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*) e Anarsia (*Anarsia lineatella*), trattare alla schiusura delle uova.

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del ....

29 MAR. 2017

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

Contro Cocciniglie (*Pseudaulacaspis pentagona, Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.

Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e dei Tripidi (*Taeniothrips meridionalis, Thrips major, Frankliniella occidentalis*). Trattare alla presenza del parassita.

Su albicocco, si consiglia di eseguire dei saggi varietali prima del trattamento.

Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura.

COLTURE ERBACEE (non per alimentazione animale): PERSHING 44 EC si impiega di norma alla comparsa dei parassiti. Salvo quanto diversamente indicato, la quantità di acqua da distribuire è di 600-800 litri/ettaro.

BARBABIETOLA DA ZUCCHERO

Contro Nottue (*Mamestra spp., Spodoptera spp., Autographa gamma*), Altiche (*Chaetocnema tibialis, Phyllotreta vittula, Longitarsus spp.*), Atomaria (*Atomaria linearis*), Cleono (Conorrhynchus mendicus), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Aphis fabae, Myzus persicae*). Dosi di 1 L/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.

MAIS e MAIS DOLCE

Contro la Piralide del mais (*Pyrausta/Ostrinia nubilalis*), Sesamia (*Sesamia cretica*) e Diabrotica (*Diabrotica virgifera virgifera*), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita con 1-1,5 l/ha. Usare un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Il prodotto presenta un effetto collaterale nei confronti di Tipula (*Tipula spp.*).

Non eseguire più di 1 trattamento.

SOLANACEE (Pomodoro da industria, Peperone, Melanzana)

Contro Lepidotteri (*Autographa gamma, Spodoptera spp., Heliothis armigera, Ostrinia/Pyrausta nubilalis*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.

Contro Dorifora (*Leptinotarsa decemlineata*) si consiglia di intervenire alla presenza del parassita. Il trattamento ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Myzus persicae*).

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) ed Elateridi (*Agriotes spp.*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Dosi di 750 ml/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Su pomodoro e peperone trattare solo in prefioritura.

CAVOLI a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo di Bruxelles, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero) e a infiorescenza (Cavolfiore, Cavolo broccolo)

Contro Lepidotteri fogliari (*Mamestra brassicae, Pieris Brassicae, Pieris rapae*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Dosi di 1 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Sui cavoli a testa eseguire il trattamento solo fino alla formazione del pomo.

COLTURE FLOREALI ED ORNAMENTALI (in pieno campo): previo saggio preliminare per accertare la selettività del prodotto sulle varietà e nelle diverse condizioni ambientali

Contro Tripidi, Tortricidi, Nottue, Cocciniglie, Oziorrinchi e Aleurodidi, si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno. Dosi di 100 ml/hl o 0,8 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.

LOTTA CONTRO LE NOTTUE DEL TERRENO: per irrorazione o con esche preparate allo scopo nella lotta contro le nottue che infestano le **colture ornamentali e floreali.**

- Trattamenti per irrorazione: 750-1500 ml di prodotto per ettaro, distribuiti con 800-1000 litri di acqua.
- Distribuzione di esche: 25 ml di prodotto per Kg di esca preparata utilizzando una base di crusca e melasso miscelati. Distribuire 50 Kg di esca per ettaro. Trattare o distribuire le esche durante le ore serali o comunque durante le ore più fresche della giornata.

Informazioni relative ai fenomeni di resistenza: Ai fini di una corretta gestione della resistenza, si consiglia sempre di inserire il prodotto in un calendario che preveda l'alternanza di prodotti a base di chlorpyrifos ethyl con altri prodotti contenenti una sostanza attiva diversa.

Compatibilità: non miscelare con polisolfuri di calcio e di bario.

AVVERTENZA: in caso di miscela con altri formulati deve essere rispettato il periodo di carenza più lungo. Devono essere osservate le norme precauzionali prescritte per i prodotti più tossici. Qualora si verificassero casi di intossicazione, informare il medico della miscelazione compiuta.

Fitotossicità: Non effettuare trattamenti sugli agrumi nei mesi compresi tra gennaio e aprile.

Intervallo di sicurezza: sospendere i trattamenti 90 GIORNI prima della raccolta delle pomacee; 60 GIORNI prima della raccolta per barbabietola, mais e mais dolce; 30 GIORNI per vite da vino e mandarino, 21 GIORNI per i cavoli e 10 GIORNI per solanacee. **Per tutte le altre colture il trattamento è consentito solo in pre-fioritura prima della formazione del frutto, o alla formazione del pomo per i cavoli a testa.**

Indicazioni operative per ridurre l'effetto deriva

Una volta montati gli ugelli l'irroratrice deve essere tarata in funzione della pressione e quindi della portata che si intende ottenere. Ove presenti, mantenere fasce non coltivate vegetate, barriere frangivento o siepi fra le zone trattate e il corpo idrico da proteggere. Quando la superficie fogliare è ancora ridotta e nei filari di bordo eseguire il trattamento ad una pressione di lavoro più bassa. Non eseguire il trattamento in presenza di vento. Per le colture erbacee usare un ugello antideriva di fine barra a getto tagliato. Adottare la minima distanza ottimale tra ugelli e superficie da trattare. Regolare il volume di distribuzione dell'acqua e la velocità di avanzamento dell'irroratrice in base alle dimensioni delle piante ed alla superficie fogliare presente.

Chiudere l'erogazione degli ugelli durante le fasi di svolta in capezzagna e sul lato esterno dell'irroratrice quando si tratta il filare di bordo.

ATTENZIONE

Da impiegarsi esclusivamente per gli usi e alle condizioni riportate in questa etichetta. Chi impiega il prodotto è responsabile degli eventuali danni derivanti da uso improprio del preparato. Il rispetto di tutte le indicazioni contenute nella presente etichetta è con-dizione essenziale per assicurare l'efficacia del trattamento e per evitare danni alle piante, alle persone ed agli animali.

NON APPLICARE CON MEZZI AEREI
NON CONTAMINARE ALTRE COLTURE, ALIMENTI E BEVANDE O CORSI D'ACQUA
OPERARE IN ASSENZA DI VENTO
DA NON VENDERSI SFUSO
IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ES-SERE DISPERSO NELL'AMBIENTE
IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del 29 MAR. 2017

ETICHETTA FORMATO RIDOTTO

PERSHING 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

PERSHING 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 14130 dell'11/04/2008

CHEMINOVA AGRO ITALIA Srl

Via F.lli Bronzetti 32/28 - 24124 Bergamo - Tel. 035/19904468

Composizione:	
CLORPIRIFOS puro	**g. 44,3 (=480 g/l)**
Coformulanti q.b. a	**g. 100**

Partita n. ....

Contenuto: 100 ml

Contiene Clorpirifos e idrocarburi aromatici, C10, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.

CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.

PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.

REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.

PERICOLO

CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.

SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Distribuito da **ARYSTA LIFESCIENCE ITALIA Srl**
Via Nino Bixio, 6 – 44042 Cento (FE) – Tel. 051 6836207

Stabilimento di produzione: **CHEMINOVA A/S** - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)

PRIMA DELL'USO LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO

SMALTIRE LE CONFEZIONI SECONDO LE NORME VIGENTI

IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ESSERE DISPERSO NELL'AMBIENTE

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del **29 MAR. 2017**

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

GROOVE 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

GROOVE 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 14139 dell'11/04/2008

CHEMINOVA AGRO ITALIA Srl
Via F.lli Bronzetti 32/28 - 24124 Bergamo
Tel. 035/19904468

Distribuito da:
NUFARM Italia Srl – Via Guelfa, 5 – 40138 Bologna – Tel. 051 0394022
AGROWIN BIOSCIENCES s.r.l. - via Montegrappa, 7 - 24121 Bergamo - Tel. 0331 440977

Composizione:		
CLORPIRIFOS puro	g.	44,3 (=480 g/l)
Coformulanti q.b. a	g.	100

Partita n. ....

Contenuto: 0,100-0,250-0,500-1-5-10-20 L

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10, aromatici, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.
CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.
PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.
REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.
CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.
SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

PERICOLO

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Stabilimento di produzione: **CHEMINOVA A/S** - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)

PRESCRIZIONI SUPPLEMENTARI: Non contaminare l'acqua con il prodotto o il suo contenitore. Non pulire il materiale d'applicazione in prossimità delle acque di superficie. Evitare la contaminazione attraverso i sistemi di scolo delle acque dalle aziende agricole e dalle strade. Per lavorazioni agricole entro il periodo di 48 ore, indossare indumenti protettivi atti ad evitare il contatto con la pelle. Non rientrare nelle zone trattate prima di 24 ore.
Il prodotto è nocivo per gli insetti utili, il bestiame e gli animali domestici.
Per proteggere gli artropodi non bersaglio, durante la fioritura non trattare la coltura in una fascia a bordo campo di 30 m per agrumi, 20 m per pomacee, 10 m per vite, 5 m per colture erbacee, 1 m per mais e mais dolce. Non utilizzare quando le api sono in attività; rimuovere o coprire gli alveari durante l'applicazione. Eliminare le piante infestanti prima della fioritura. Nei vigneti l'intervallo tra le applicazioni non deve essere inferiore ai 14 giorni. Per le applicazioni in frutteto, assicurarsi che qualsiasi copertura in fiore sia falciata o pacciamata prima dell'applicazione.

Vite: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Pomacee e drupacee: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Colture erbacee (irroratrici a barra): usare ugelli a ventaglio che assicurino una riduzione della deriva ≥ 90% + 5 m fascia tampone.
Agrumi: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 30 m fascia tampone.

INFORMAZIONI PER IL MEDICO
Sintomi: colpisce il SNC e le terminazioni parasimpatiche, le sinapsi pregangliari, le placche neuromuscolari. Sintomi muscarinici (di prima comparsa): nausea, vomito, crampi addominali, diarrea. Broncospasmo, ipersecrezione bronchiale, edema polmonare. Visione offuscata, miosi.
Salivazione e sudorazione. Bradicardia (incostante). **Sintomi nicotinici** (di seconda comparsa): astenia e paralisi muscolari. Tachicardia, ipertensione arteriosa, fibrillazione. **Sintomi centrali:** confusione, atassia, convulsioni, coma. **Cause di morte**: generalmente insufficienza respiratoria. Alcuni esteri fosforici, a distanza di 7-15 giorni dall'episodio acuto, possono provocare un effetto neurotossico ritardato (paralisi flaccida, in seguito spastica, delle estremità). **Terapia:** atropina ad alte dosi fino a comparsa dei primi segni di atropinizzazione. Somministrare subito la pralidossima.
Consultare un Centro Antiveleni.

USI AUTORIZZATI E MODALITÀ D'IMPIEGO

COLTURE ARBOREE: GROOVE 44 EC si impiega alla comparsa dei parassiti sulle colture e alle dosi di seguito riportate, che valgono per trattamenti a volume normale. Nei trattamenti a volume ridotto, per poter distribuire su ogni ettaro la stessa quantità di principio attivo, le dosi d'impiego del formulato devono essere proporzionalmente aumentate.
AGRUMI: Mandarino
Contro Cocciniglie (*Aonidiella aurantii, Planococcus citri, Icerya purchasi, Ceroplastes spp., Aspidiotus hederae, Aspidiotus nerii, Parlatoria spp., Mytilococcus spp.*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi o, comunque, in presenza del parassita
Contro Formiche (*Hiridomyrmex humilis/Linepithema humile, Tapinoma erraticum, Camponotus nylanderi*), intervenire alla presenza del parassita irrorando la base del tronco ed il terreno.
Contro *Dialeurodes citri* e *Aleurothrixus floccosus*, si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.
Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di *Pezothrips kellyanus*.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha (220 ml/hl per formiche). Non eseguire più di 2 trattamenti.
POMACEE (Melo, Pero, Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi)
Contro Carpocapsa (*Laspeyresia/Cydia pomonella*), Tortricidi ricamatori (*Pandemis cerasana, Pandemis heparana, Archips podanus, Archips rosanus, Adoxophyes orana, Argyrotaenia pulchellana, Argyrotaenia spp.*), Sesidi (*Synanthedon myopaeformis, Synanthedon typhiaeformis*), trattare alla schiusura delle uova.
Contro Cocciniglie (*Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa, Epidiaspis leperii, Lepidosaphes ulmi*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Contro *Cacopsylla melanoneura* e *Cacopsylla picta*, trattare alla presenza del parassita.
Contro *Cossus cossus* e *Zeuzera pyrina*, trattare il tronco e i rami alla presenza delle prime larve neonate.
Contro *Eriosoma lanigerum*, trattare alla presenza del parassita. Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di *Aphis pomi* e *Dysaphis plantaginea*.
Il prodotto presenta un buon effetto collaterale nei confronti di Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*), della Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e Tentredini (*Hoplocampa brevis, Hoplocampa testudinaea*). Si consiglia di trattare alla presenza del parassita.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura o al più tardi allo stadio di frutticino appena formato.
VITE da tavola e da vino
Contro Tignole (*Polychrosis/Lobesia botrana* e *Clysia/Eupoecilia ambiguella*), trattare alla comparsa delle prime larve.
Contro Cicaline della vite (*Empoasca flavescens, Empoasca vitis, Zygina rahmni, Scaphoideus titanus*) e Metcalfa (*Metcalfa pruinosa*), trattare alla presenza del parassita.
Contro Cocciniglie della vite (*Pulvinaria vitis, Targionia vitis, Planococcus spp., Heliococcus bohemicus, Lecanium corni*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Dosi di 110 ml/hl e un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato per vite da vino e 1,35 l/ha per vite da tavola. Non eseguire più di 2 trattamenti all'anno per vite da vino e non più di 1 trattamento all'anno per vite da tavola. Per vite da tavola il trattamento è consentito solo in prefioritura.
DRUPACEE (Pesco, Nettarina, Albicocco)
Contro Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*) e Anarsia (*Anarsia lineatella*), trattare alla schiusura delle uova.

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del ....

29 MAR. 2017

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

Contro Cocciniglie (*Pseudaulacaspis pentagona, Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.

Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e dei Tripidi (*Taeniothrips meridionalis, Thrips major, Frankliniella occidentalis*). Trattare alla presenza del parassita.

Su albicocco, si consiglia di eseguire dei saggi varietali prima del trattamento.

Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura.

COLTURE ERBACEE (non per alimentazione animale): GROOVE 44 EC si impiega di norma alla comparsa dei parassiti. Salvo quanto diversamente indicato, la quantità di acqua da distribuire è di 600-800 litri/ettaro.

BARBABIETOLA DA ZUCCHERO

Contro Nottue (*Mamestra spp., Spodoptera spp., Autographa gamma*), Altiche (*Chaetocnema tibialis, Phyllotreta vittula, Longitarsus spp.*), Atomaria (*Atomaria linearis*), Cleono (Conorrhynchus mendicus), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Aphis fabae, Myzus persicae*). Dosi di 1 L/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.

MAIS e MAIS DOLCE

Contro la Piralide del mais (*Pyrausta/Ostrinia nubilalis*), Sesamia (*Sesamia cretica*) e Diabrotica (*Diabrotica virgifera virgifera*), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita con 1-1,5 l/ha. Usare un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Il prodotto presenta un effetto collaterale nei confronti di Tipula (*Tipula spp.*).

Non eseguire più di 1 trattamento.

SOLANACEE (Pomodoro da industria, Peperone, Melanzana)

Contro Lepidotteri (*Autographa gamma, Spodoptera spp., Heliothis armigera, Ostrinia/Pyrausta nubilalis*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.

Contro Dorifora (*Leptinotarsa decemlineata*) si consiglia di intervenire alla presenza del parassita. Il trattamento ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Myzus persicae*).

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) ed Elateridi (*Agriotes spp.*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Dosi di 750 ml/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Su pomodoro e peperone trattare solo in prefioritura.

CAVOLI a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo di Bruxelles, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero) e a infiorescenza (Cavolfiore, Cavolo broccolo)

Contro Lepidotteri fogliari (*Mamestra brassicae, Pieris Brassicae, Pieris rapae*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Dosi di 1 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Sui cavoli a testa eseguire il trattamento solo fino alla formazione del pomo.

COLTURE FLOREALI ED ORNAMENTALI (in pieno campo): previo saggio preliminare per accertare la selettività del prodotto sulle varietà e nelle diverse condizioni ambientali

Contro Tripidi, Tortricidi, Nottue, Cocciniglie, Oziorrinchi e Aleurodidi, si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno. Dosi di 100 ml/hl o 0,8 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.

LOTTA CONTRO LE NOTTUE DEL TERRENO: per irrorazione o con esche preparate allo scopo nella lotta contro le nottue che infestano le colture-**ornamentali e floreali.**

- Trattamenti per irrorazione: 750-1500 ml di prodotto per ettaro, distribuiti con 800-1000 litri di acqua.
- Distribuzione di esche: 25 ml di prodotto per Kg di esca preparata utilizzando una base di crusca e melasso miscelati. Distribuire 50 Kg di esca per ettaro. Trattare o distribuire le esche durante le ore serali o comunque durante le ore più fresche della giornata.

Informazioni relative ai fenomeni di resistenza: Ai fini di una corretta gestione della resistenza, si consiglia sempre di inserire il prodotto in un calendario che preveda l'alternanza di prodotti a base di chlorpyrifos ethyl con altri prodotti contenenti una sostanza attiva diversa.

Compatibilità: non miscelare con polisolfuri di calcio e di bario.

AVVERTENZA: in caso di miscela con altri formulati deve essere rispettato il periodo di carenza più lungo. Devono essere osservate le norme precauzionali prescritte per i prodotti più tossici. Qualora si verificassero casi di intossicazione, informare il medico della miscelazione compiuta.

Fitotossicità: Non effettuare trattamenti sugli agrumi nei mesi compresi tra gennaio e aprile.

Intervallo di sicurezza: sospendere i trattamenti 90 GIORNI prima della raccolta delle pomacee; 60 GIORNI prima della raccolta per barbabietola, mais e mais dolce; 30 GIORNI per vite da vino e mandarino, 21 GIORNI per i cavoli e 10 GIORNI per solanacee. **Per tutte le altre colture il trattamento è consentito solo in pre-fioritura prima della formazione del frutto, o alla formazione del pomo per i cavoli a testa.**

Indicazioni operative per ridurre l'effetto deriva

Una volta montati gli ugelli l'irroratrice deve essere tarata in funzione della pressione e quindi della portata che si intende ottenere. Ove presenti, mantenere fasce non coltivate vegetate, barriere frangivento o siepi fra le zone trattate e il corpo idrico da proteggere. Quando la superficie fogliare è ancora ridotta e nei filari di bordo eseguire il trattamento ad una pressione di lavoro più bassa. Non eseguire il trattamento in presenza di vento. Per le colture erbacee usare un ugello antideriva di fine barra a getto tagliato. Adottare la minima distanza ottimale tra ugelli e superficie da trattare. Regolare il volume di distribuzione dell'acqua e la velocità di avanzamento dell'irroratrice in base alle dimensioni delle piante ed alla superficie fogliare presente.

Chiudere l'erogazione degli ugelli durante le fasi di svolta in capezzagna e sul lato esterno dell'irroratrice quando si tratta il filare di bordo.

ATTENZIONE

Da impiegarsi esclusivamente per gli usi e alle condizioni riportate in questa etichetta. Chi impiega il prodotto è responsabile degli eventuali danni derivanti da uso improprio del preparato. Il rispetto di tutte le indicazioni contenute nella presente etichetta è con-dizione essenziale per assicurare l'efficacia del trattamento e per evitare danni alle piante, alle persone ed agli animali.

NON APPLICARE CON MEZZI AEREI
NON CONTAMINARE ALTRE COLTURE, ALIMENTI E BEVANDE O CORSI D'ACQUA
OPERARE IN ASSENZA DI VENTO
DA NON VENDERSI SFUSO
IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ES-SERE DISPERSO NELL'AMBIENTE
IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del **29 MAR. 2017**

ETICHETTA FORMATO RIDOTTO

GROOVE 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

GROOVE 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 14139 dell'11/04/2008

CHEMINOVA AGRO ITALIA Srl

Via F.lli Bronzetti 32/28 - 24124 Bergamo - Tel. 035/19904468

Composizione:	
CLORPIRIFOS puro	**g. 44,3 (=480 g/l)**
Coformulanti q.b. a	**g. 100**

Partita n. ....

Contenuto: 100 ml

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10,aromatici, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.

CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.

PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.

REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.

PERICOLO

CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.

SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Distribuito da:

NUFARM Italia Srl – Via Guelfa, 5 – 40138 Bologna – Tel. 051 0394022

AGROWIN BIOSCIENCES s.r.l. - via Montegrappa, 7 - 24121 Bergamo - Tel. 0331 440977

Stabilimento di produzione: **CHEMINOVA A/S** - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)

PRIMA DELL'USO LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO

SMALTIRE LE CONFEZIONI SECONDO LE NORME VIGENTI

IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ESSERE DISPERSO NELL'AMBIENTE

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del ......29 MAR. 2017.......

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

NUFOS 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

NUFOS 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 14189 dell'11/04/2008

CHEMINOVA AGRO ITALIA Srl
Via F.lli Bronzetti 32/28 - 24124 Bergamo – Tel. 035/19904468

Distribuito da **MANICA SpA**
Via all'Adige, 4 – 38068 Rovereto (TN) - Tel. 0464 433705

Composizione:	
CLORPIRIFOS puro	g. 44,3 (=480 g/l)
Coformulanti q.b. a	g. 100

Partita n. ....
Contenuto: 0,100-0,250-0,500-1-5-10-20 L

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10, aromatici, <1% Naftalene

PERICOLO

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.

CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.

PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.

REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.

CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.

SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Stabilimento di produzione: **CHEMINOVA A/S** - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)

PRESCRIZIONI SUPPLEMENTARI: Non contaminare l'acqua con il prodotto o il suo contenitore. Non pulire il materiale d'applicazione in prossimità delle acque di superficie. Evitare la contaminazione attraverso i sistemi di scolo delle acque dalle aziende agricole e dalle strade. Per lavorazioni agricole entro il periodo di 48 ore, indossare indumenti protettivi atti ad evitare il contatto con la pelle. Non rientrare nelle zone trattate prima di 24 ore.

Il prodotto è nocivo per gli insetti utili, il bestiame e gli animali domestici.

Per proteggere gli artropodi non bersaglio, durante la fioritura non trattare la coltura in una fascia a bordo campo di 30 m per agrumi, 20 m per pomacee, 10 m per vite, 5 m per colture erbacee, 1 m per mais e mais dolce. Non utilizzare quando le api sono in attività; rimuovere o coprire gli alveari durante l'applicazione. Eliminare le piante infestanti prima della fioritura. Nei vigneti l'intervallo tra le applicazioni non deve essere inferiore ai 14 giorni. Per le applicazioni in frutteto, assicurarsi che qualsiasi copertura in fiore sia falciata o pacciamata prima dell'applicazione.

Vite: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Pomacee e drupacee: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 20 m fascia tampone.
Colture erbacee (irroratrici a barra): usare ugelli a ventaglio che assicurino una riduzione della deriva ≥ 90% + 5 m fascia tampone.
Agrumi: usare ugelli del tipo ALBUZ TVI o TEEJET AI o equivalenti per classe di riduzione della deriva + 30 m fascia tampone.

INFORMAZIONI PER IL MEDICO
Sintomi: colpisce il SNC e le terminazioni parasimpatiche, le sinapsi pregangliari, le placche neuromuscolari. Sintomi muscarinici (di prima comparsa): nausea, vomito, crampi addominali, diarrea. Broncospasmo, ipersecrezione bronchiale, edema polmonare. Visione offuscata, miosi.
Salivazione e sudorazione. Bradicardia (incostante). **Sintomi nicotinici** (di seconda comparsa): astenia e paralisi muscolari. Tachicardia, ipertensione arteriosa, fibrillazione. **Sintomi centrali:** confusione, atassia, convulsioni, coma. **Cause di morte**: generalmente insufficienza respiratoria. Alcuni esteri fosforici, a distanza di 7-15 giorni dall'episodio acuto, possono provocare un effetto neurotossico ritardato (paralisi flaccida, in seguito spastica, delle estremità). **Terapia:** atropina ad alte dosi fino a comparsa dei primi segni di atropinizzazione. Somministrare subito la pralidossima.
Consultare un Centro Antiveleni.

USI AUTORIZZATI E MODALITÀ D'IMPIEGO

COLTURE ARBOREE: NUFOS 44 ECsi impiega alla comparsa dei parassiti sulle colture e alle dosi di seguito riportate, che valgono per trattamenti a volume normale. Nei trattamenti a volume ridotto, per poter distribuire su ogni ettaro la stessa quantità di principio attivo, le dosi d'impiego del formulato devono essere proporzionalmente aumentate.

AGRUMI: Mandarino
Contro Coccinìglie (*Aonidiella aurantii, Planoccus citri, Icerya purchasi, Ceroplastes spp., Aspidiotus hederae, Aspidiotus nerii, Parlatoria spp., Mytilococcus spp.*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi o, comunque, in presenza del parassita
Contro Formiche (*Hiridomyrmex humilis/Linepithema humile, Tapinoma erraticum, Camponotus nylanderi*), intervenire alla presenza del parassita irrorando la base del tronco ed il terreno.
Contro *Dialeurodes citri* e *Aleurotrixus floccosus*, si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.
Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di *Pezothrips kellyanus.*
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha (220 ml/hl per formiche). Non eseguire più di 2 trattamenti.

POMACEE (Melo, Pero, Cotogno, Nespolo, Nespolo del Giappone, Nashi)
Contro Carpocapsa (*Laspeyresia/Cydia pomonella*), Tortricidi ricamatori (*Pandemis cerasana, Pandemis heparana, Archips podanus, Archips rosanus, Adoxophyes orana, Argyrotaenia pulchellana, Argyrotaenia spp.*), Sesidi (*Synanthedon myopaeformis, Synanthedon typhiaeformis*), trattare alla schiusura delle uova.
Contro Coccinìglie (*Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa, Epidiaspis leperii, Lepidosaphes ulmi*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Contro *Cacopsylla melanoneura* e *Cacopsylla picta*, trattare alla presenza del parassita.
Contro *Cossus cossus* e *Zeuzera pyrina*, trattare il tronco e i rami alla presenza delle prime larve neonate.
Contro *Eriosoma lanigerum*, trattare alla presenza del parassita. Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di *Aphis pomi* e *Dysaphis plantaginea*.
Il prodotto presenta un buon effetto collaterale nei confronti di Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*), della Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e Tentredini (*Hoplocampa brevis, Hoplocampa testudinaea*). Si consiglia di trattare alla presenza del parassita.
Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura o al più tardi allo stadio di frutticino appena formato.

VITE da tavola e da vino
Contro Tignole (*Polychrosis/Lobesia botrana* e *Clysia/Eupoecilia ambiguella*), trattare alla comparsa delle prime larve.
Contro Cicaline della vite (*Empoasca flavescens, Empoasca vitis, Zygina rahmni, Scaphoideus titanus*) e Metcalfa (*Metcalfa pruinosa*), trattare alla presenza del parassita.
Contro Coccinìglie della vite (*Pulvinaria vitis, Targionia vitis, Planococcus spp., Heliococcus bohemicus, Lecanium corni*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.
Dosi di 110 ml/hl e un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato per vite da vino e 1,35 l/ha per vite da tavola. Non eseguire più di 2 trattamenti all'anno per vite da vino e non più di 1 trattamento all'anno per vite da tavola. Per vite da tavola il trattamento è consentito solo in prefioritura.

DRUPACEE (Pesco, Nettarina, Albicocco)
Contro Cidia (*Cydia/Laspeyresia molesta*) e Anarsia (*Anarsia lineatella*), trattare alla schiusura delle uova.

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del ....
29 MAR. 2017

ETICHETTA/FOGLIO ILLUSTRATIVO

Contro Cocciniglie (*Pseudaulacaspis pentagona, Quadraspidiotus perniciosus/Comstockaspis perniciosa*), trattare alla fase di massima migrazione delle neanidi.

Il prodotto presenta una buona efficacia collaterale nei confronti di Mosca della frutta (*Ceratitis capitata*) e dei Tripidi (*Taeniothrips meridionalis, Thrips major, Frankliniella occidentalis*). Trattare alla presenza del parassita.

Su albicocco, si consiglia di eseguire dei saggi varietali prima del trattamento.

Dosi di 110 ml/hl o 1,65 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento consentito solo fino alla fase di prefioritura.

COLTURE ERBACEE (non per alimentazione animale): NUFOS 44 EC si impiega di norma alla comparsa dei parassiti. Salvo quanto diversamente indicato, la quantità di acqua da distribuire è di 600-800 litri/ettaro.

BARBABIETOLA DA ZUCCHERO

Contro Nottue (*Mamestra spp., Spodoptera spp., Autographa gamma*), Altiche (*Chaetocnema tibialis, Phyllotreta vittula, Longitarsus spp.*), Atomaria (*Atomaria linearis*), Cleono (Conorrhynchus mendicus), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Il prodotto ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Aphis fabae, Myzus persicae*). Dosi di 1 L/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.

MAIS e MAIS DOLCE

Contro la Piralide del mais (*Pyrausta/Ostrinia nubilalis*), Sesamia (*Sesamia cretica*) e Diabrotica (*Diabrotica virgifera virgifera*), si consiglia di intervenire alla presenza del parassita con 1-1,5 l/ha. Usare un quantitativo massimo totale di 1,5 l/ha di formulato.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Il prodotto presenta un effetto collaterale nei confronti di Tipula (*Tipula spp.*).

Non eseguire più di 1 trattamento.

SOLANACEE (Pomodoro da industria, Peperone, Melanzana)

Contro Lepidotteri (*Autographa gamma, Spodoptera spp., Heliothis armigera, Ostrinia/Pyrausta nubilalis*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.

Contro Dorifora (*Leptinotarsa decemlineata*) si consiglia di intervenire alla presenza del parassita. Il trattamento ha un buon effetto collaterale nei confronti di Afidi (*Myzus persicae*).

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) ed Elateridi (*Agriotes spp.*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Dosi di 750 ml/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Su pomodoro e peperone trattare solo in prefioritura.

CAVOLI a testa (Cavolo cappuccio, Cavolo di Bruxelles, Cavolo verza, Cime di rapa, Cavolo rosso, Cavolo bianco, Cavolo nero) e a infiorescenza (Cavolfiore, Cavolo broccolo)

Contro Lepidotteri fogliari (*Mamestra brassicae, Pieris Brassicae, Pieris rapae*), si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno.

Dosi di 1 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento. Sui cavoli a testa eseguire il trattamento solo fino alla formazione del pomo.

COLTURE FLOREALI ED ORNAMENTALI (in pieno campo): previo saggio preliminare per accertare la selettività del prodotto sulle varietà e nelle diverse condizioni ambientali

Contro Tripidi, Tortricidi, Nottue, Coccinigile, Oziorrinchi e Aleurodidi, si consiglia di intervenire alla presenza del parassita.

Contro Nottue del terreno (*Agrotis ipsilon, Agrotis segetum*) si consiglia di intervenire alla presenza dei parassiti. Le indicazioni nel paragrafo specifico della lotta alle Nottue del terreno. Dosi di 100 ml/hl o 0,8 l/ha. Non eseguire più di 1 trattamento.

LOTTA CONTRO LE NOTTUE DEL TERRENO: per irrorazione o con esche preparate allo scopo nella lotta contro le nottue che infestano le colture-**ornamentali e floreali.**

- Trattamenti per irrorazione: 750-1500 ml di prodotto per ettaro, distribuiti con 800-1000 litri di acqua.
- Distribuzione di esche: 25 ml di prodotto per Kg di esca preparata utilizzando una base di crusca e melasso miscelati. Distribuire 50 Kg di esca per ettaro. Trattare o distribuire le esche durante le ore serali o comunque durante le ore più fresche della giornata.

Informazioni relative ai fenomeni di resistenza: Ai fini di una corretta gestione della resistenza, si consiglia sempre di inserire il prodotto in un calendario che preveda l'alternanza di prodotti a base di chlorpyrifos ethyl con altri prodotti contenenti una sostanza attiva diversa.

Compatibilità: non miscelare con polisolfuri di calcio e di bario.

AVVERTENZA: in caso di miscela con altri formulati deve essere rispettato il periodo di carenza più lungo. Devono essere osservate le norme precauzionali prescritte per i prodotti più tossici. Qualora si verificassero casi di intossicazione, informare il medico della miscelazione compiuta.

Fitotossicità: Non effettuare trattamenti sugli agrumi nei mesi compresi tra gennaio e aprile.

Intervallo di sicurezza: sospendere i trattamenti 90 GIORNI prima della raccolta delle pomacee; 60 GIORNI prima della raccolta per barbabietola, mais e mais dolce; 30 GIORNI per vite da vino e mandarino, 21 GIORNI per i cavoli e 10 GIORNI per solanacee. **Per tutte le altre colture il trattamento è consentito solo in pre-fioritura prima della formazione del frutto, o alla formazione del pomo per i cavoli a testa.**

Indicazioni operative per ridurre l'effetto deriva

Una volta montati gli ugelli l'irroratrice deve essere tarata in funzione della pressione e quindi della portata che si intende ottenere. Ove presenti, mantenere fasce non coltivate vegetate, barriere frangivento o siepi fra le zone trattate e il corpo idrico da proteggere. Quando la superficie fogliare è ancora ridotta e nei filari di bordo eseguire il trattamento ad una pressione di lavoro più bassa. Non eseguire il trattamento in presenza di vento. Per le colture erbacee usare un ugello antideriva di fine barra a getto tagliato. Adottare la minima distanza ottimale tra ugelli e superficie da trattare. Regolare il volume di distribuzione dell'acqua e la velocità di avanzamento dell'irroratrice in base alle dimensioni delle piante ed alla superficie fogliare presente.

Chiudere l'erogazione degli ugelli durante le fasi di svolta in capezzagna e sul lato esterno dell'irroratrice quando si tratta il filare di bordo.

ATTENZIONE

Da impiegarsi esclusivamente per gli usi e alle condizioni riportate in questa etichetta. Chi impiega il prodotto è responsabile degli eventuali danni derivanti da uso improprio del preparato. Il rispetto di tutte le indicazioni contenute nella presente etichetta è con-dizione essenziale per assicurare l'efficacia del trattamento e per evitare danni alle piante, alle persone ed agli animali.

NON APPLICARE CON MEZZI AEREI

NON CONTAMINARE ALTRE COLTURE, ALIMENTI E BEVANDE O CORSI D'ACQUA

OPERARE IN ASSENZA DI VENTO

DA NON VENDERSI SFUSO

IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ES-SERE DISPERSO NELL'AMBIENTE

IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del **29 MAR. 2017**

ETICHETTA FORMATO RIDOTTO

NUFOS 44 EC

(CONCENTRATO EMULSIONABILE)

INSETTICIDA DOTATO DI ENERGICA AZIONE PER CONTATTO, PER INGESTIONE E PER INALAZIONE

Meccanismo d'azione IRAC: 1B

NUFOS 44 EC Registrazione del Ministero della Salute n. 14189 dell'11/04/2008

CHEMINOVA AGRO ITALIA Srl

Via F.lli Bronzetti 32/28 - 24124 Bergamo - Tel. 035/19904468

Composizione:	
CLORPIRIFOS puro	**g. 44,3 (=480 g/l)**
Coformulanti q.b. a	**g. 100**

Partita n. ....

Contenuto: 100 ml

Contiene Clorpirifos e idrocarburi, C10,aromatici, <1% Naftalene

INDICAZIONI DI PERICOLO: INDICAZIONI DI PERICOLO: H301 Tossico se ingerito. H304 Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie. H319 Provoca grave irritazione oculare. H332 Nocivo se inalato. H410 Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.

CONSIGLI DI PRUDENZA: P102 Tenere fuori dalla portata dei bambini.

PREVENZIONE: P202 Non manipolare prima di avere letto e compreso tutte le avvertenze. P261 Evitare di respirare i vapori e gli aerosol. P270 Non mangiare, né bere, né fumare durante l'uso. P273 Non disperdere nell'ambiente. P280 Indossare guanti/indumenti protettivi. Proteggere gli occhi/il viso.

REAZIONE: P305+P351+P338 IN CASO DI CONTATTO CON GLI OCCHI: Sciacquare accuratamente per parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare. P310 Contattare immediatamente un CENTRO ANTIVELENI o un medico.

PERICOLO

CONSERVAZIONE: P401 Conservare lontano da alimenti o mangimi e da bevande.

SMALTIMENTO: P501 Smaltire il prodotto/recipiente in accordo alle norme vigenti sui rifiuti pericolosi.

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI: EUH066 L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle. EUH 401 Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

Distribuito da **MANICA SpA - Via all'Adige, 4 – 38068 Rovereto (TN) - Tel. 0464 433705**

Stabilimento di produzione: **CHEMINOVA A/S** - Thyborønvej 78 - DK 7673 Harboøre (Danimarca)

PRIMA DELL'USO LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO

SMALTIRE LE CONFEZIONI SECONDO LE NORME VIGENTI

IL CONTENITORE NON PUÒ ESSERE RIUTILIZZATO

IL CONTENITORE COMPLETAMENTE SVUOTATO NON DEVE ESSERE DISPERSO NELL'AMBIENTE

Etichetta autorizzata con decreto dirigenziale del **29 MAR. 2017**

17A02801

DECRETO 3 aprile 2017.

Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello *status* di rifugiato e dello *status* di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la Costituzione della Repubblica italiana del 27 dicembre 1947, in particolare l'art. 10, comma 3 - Diritto d'asilo, l'art. 32 - Diritto alla salute, l'art. 117, comma 2, lettera a) - Competenza esclusiva dello Stato in materia di diritto d'asilo;

Vista la legge 24 luglio 1954, n. 722, recante «Ratifica ed esecuzione della Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951»;

Visto il decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, recante «Testo unico sull'immigrazione» che regola l'accesso all'assistenza sanitaria di persone straniere regolarmente soggiornanti o richiedenti il titolo di soggiorno;

Considerata la circolare Ministero della sanità n. 5 del 24 marzo 2000 che prevede l'iscrizione obbligatoria al Servizio sanitario nazionale per coloro che hanno presentato richiesta di asilo sia politico che umanitario;

Vista la legge 18 ottobre 2001, n. 3, che — nel novellare l'art. 117 della Costituzione — annovera la tutela della salute tra le materie di podestà legislativa concorrente;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421» e successive modificazioni ed integrazioni, indirizza le azioni del Servizio sanitario nazionale verso il rispetto del principio di appropriatezza e la individuazione di percorsi diagnostici terapeutici e linee guida; stabilisce l'adozione in via ordinaria del metodo della verifica e della revisione della qualità e della quantità delle prestazioni al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 «Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza» indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale;

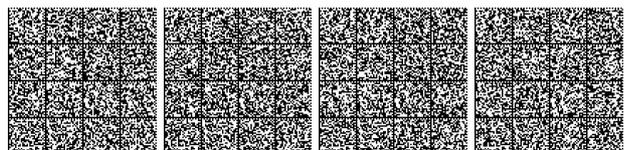
Visto il decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, recante «Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonchè norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta»;

Visto l'Accordo 20 dicembre 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome» (Rep. Atti n. 255/CSR), pubblicato nella *Gazzetta ufficiale*, Serie generale, n. 32 del 7 febbraio 2013, supplemento ordinario n. 9;

Tenuto conto della direttiva 2013/32/UE del 26 giugno 2013 «Procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello *status* di protezione internazionale»;

Tenuto conto della direttiva 2013/33/UE del 26 giugno 2013 «Norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale»;

Visto il decreto legislativo 21 febbraio 2014, n. 18, recante «Attuazione della direttiva 2011/95/UE recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno *status* uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta», che all'art. 27 comma 1-*bis* stabilisce che «Il Ministero della salute adotta linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello *status* di rifugiato e dello *status* di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario da realizzarsi nell'ambito delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente»;

Visto il decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, recante «Attuazione delle direttive 2013/33/UE e 2013/32/UE recanti norme per l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale e delle procedure relative al riconoscimento e alla revoca dello *status* di protezione internazionale»;

Tenuto conto delle decisioni del Consiglio n. 1523 del 14 settembre 2015 e n. 1601 del 22 settembre 2015, le quali prevedono, entrambe all'art. 5, comma 3, che debba essere data priorità ai casi vulnerabili ai sensi degli articoli 21 e 22 della direttiva 2013/33/UE;

Considerata la *Political Declaration*, adottata nel corso della Settantunesima Sessione dell'Assemblea generale delle Nazioni unite del 19 settembre 2016;

Visto il decreto dirigenziale della Direzione generale della prevenzione sanitaria del 12 settembre 2014, integrato dal D.D. 12 maggio 2015 che prevedeva l'istituzione di un Tavolo tecnico per la predisposizione di linee guida sulla base dell'art. 27, comma 1-*bis*, del citato decreto legislativo n. 251/2007, come modificato dall'art. 1 del decreto legislativo n. 18/2014;

Visto il documento «Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello *status* di rifugiato e dello *status* di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale», elaborato dal Tavolo tecnico di cui al punto precedente;

Considerato che l'Italia è il terzo Paese dell'Unione europea, dopo Germania e Svezia, per numero di richieste di asilo (83.970 nel 2015, di cui l'11,53% di donne e 13,25% di minori, accompagnati e non) e che i richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria (RTP), sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 30 marzo 2017 (Atti. Rep. n. 43/CSR);

Decreta:

Art. 1.

Adozione delle linee guida

1. Al fine di garantire la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello *status* di rifugiato e dello *status* di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, uniformi su tutto il territorio nazionale sono adottate le «Linee guida», di cui all'allegato al presente decreto, predisposte in attuazione dell'art. 1, comma 1, lettera *s)*, del decreto legislativo 21 febbraio 2014, n. 18, che modifica l'art. 27, comma 1-*bis*, del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251.

2. Le regioni e province autonome con propri provvedimenti danno completa attuazione a quanto previsto nelle Linee guida di cui al comma 1, ferma restando la loro autonomia nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione, ponendo in atto le dovute misure di valutazione e monitoraggio della sua implementazione.

Art. 2.

Attuazione e monitoraggio delle linee guida

1. Il Ministero della salute provvede annualmente a richiedere alle regioni e province autonome un rapporto sullo stato di attuazione delle presenti linee guida al fine di predisporre un rapporto nazionale.

Art. 3.

Risorse

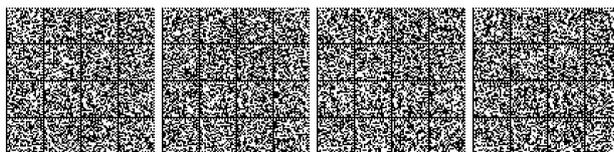
1. All'attuazione del presente decreto si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 4.

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore trenta giorni dopo la sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 3 aprile 2017

Il Ministro: LORENZIN

ALLEGATO

Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale

Roma, 22 marzo 2017

Il presente documento è stato predisposto da un apposito Tavolo tecnico, istituito il 12 settembre 2014 con Decreto Dirigenziale del Direttore generale della prevenzione, integrato con D.D. 12 maggio 2015, al fine di dare attuazione a quanto previsto all'articolo 27 comma 1 bis del Decreto legislativo n.251/2007, modificato dall'articolo 1 del Decreto legislativo n.18/2014

Hanno partecipato alla sua formulazione le seguenti organizzazioni:

Alto Commissariato Nazioni Unite per i Rifugiati, Associazione Medici contro la Tortura, Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione, Coordinamento Interdisciplinare Socio Sanitario CIAC-AUSL Parma, Caritas Italiana, Centro Astalli, Centro di Salute per Migranti Forzati ASL Roma 1, Conferenza Stato-Regioni con rappresentanti della Basilicata, della Campania, dell'Emilia-Romagna, del Lazio, delle Marche, della Sicilia, della Toscana e dell'Umbria, Consiglio Italiano per i Rifugiati, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti, Ministero dell'Interno, Ministero della Salute, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Università degli studi di Cassino e del Lazio Meridionale.

In particolare si ringraziano i seguenti referenti delle citate organizzazioni che hanno preso parte attivamente e costruttivamente ai lavori:

Roberta Andrioli Stagno, Massimiliano Aragona, Maurizio Bacigalupi, Giovanni Baglio, Serena Battilomo, Elena Behr, Stefania Borghi, Carlo Bracci, Patrizia Buonamici, Rosetta Cardone, Giuseppina Cassarà, Nunziatella Cosentino, Teresa D'Arca, Andrea De Bonis, Vittoria Doretti, Antonio Fortino, Salvatore Geraci, Massimo Germani, Fiorella Giacalone, Filippo Gnolfo, Roberto Maisto, Pietro Malara, Maurizio Marceca, Martha Matscher, Rodolfo Mesaroli, Aldo Morrone, Lorenzo Mosca, Giuseppina Pagliarani, Fiorella Rathaus, Giovanni Razza, Elvira Reale, Stefania Ricci, Camillo Ripamonti, Giuseppina Rizzo, Giovanni Rovina, Ugo Sabatello, Alessandra Sannella, Giancarlo Santone, Gianfranco Schiavone, Michela Signorini, Adele Tonini, Giovanni Vaudo, Aldo Maria Virgilio, Mara Zenzeri

Acronimi

CARA: Centro di accoglienza per richiedenti asilo

CAS: Centri di accoglienza straordinaria ora Strutture temporanee d'accoglienza

CDA: Centro di accoglienza

CEDU: Convenzione Europea dei Diritti Umani

CIE: Centri di Identificazione ed Espulsione

CIR: Consiglio Italiano per i Rifugiati

CPA: Centri di Prima Accoglienza

CPSA: Centri di Primo Soccorso e Assistenza

CPT: Comitato europeo per la prevenzione della tortura

EASO: Ufficio europeo di sostegno per l'asilo

ECHR: Convenzione Europea dei diritti umani

ECRE: Consiglio Europeo per i Rifugiati e gli Esuli

FAMI: Fondo Asilo Migrazione e Integrazione

FER: Fondo Europeo per i Rifugiati

FGM/MGF: Female genital mutilation/mutilazioni genitali femminili

CML: Certificazione medico-legale

LGBTI: Lesbiche, gay, bisessuali, transgender,intersessuati

MSNA: Minori stranieri non accompagnati

ONG: Organizzazione non governativa

PTSD: Disturbo post-traumatico da stress

RTP: Richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria

SGBV: Sexual and gender-based violence

SPRAR: Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati

STP: Stranieri Temporaneamente Presenti

UE: Unione Europea

UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees (Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati)

1. OBIETTIVI E VISIONE STRATEGICA

Le presenti "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" hanno come obiettivo principale quello di assicurare un'assistenza sanitaria in linea con la necessità di tutelare i diritti di titolari e richiedenti lo status di rifugiato e protezione internazionale, ovvero delle persone che si trovano in condizioni di particolare vulnerabilità, che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. La disposizione di cui al D.Lgs n.18 del 21 Febbraio 2014, in attuazione della Direttiva 2011/95/UE, che ha modificato l'articolo 27, comma 1 bis del D.Lgs 2007, n.251, ha dato luogo al presente lavoro, con l'intento di fornire indicazioni sull'attuazione di interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale, attraverso percorsi per l'individuazione, la presa in carico ed il trattamento di vittime di violenza intenzionale e di tortura, in continuità tra il sistema di accoglienza per i rifugiati e il sistema di assistenza socio-sanitaria.

1.1 Perché delle linee guida per il riconoscimento e la presa in carico di vittime di violenza intenzionale e di tortura.

Negli ultimi anni l'Italia ha visto l'arrivo di un numero crescente di migranti, tra i quali molti richiedenti protezione internazionale, tanto da diventare il terzo Paese dell'Unione Europea, dopo Germania e Svezia, per numero di richieste di asilo (83.970 nel 2015, di cui l'11,53% di donne e 13,25% di minori, accompagnati e non).

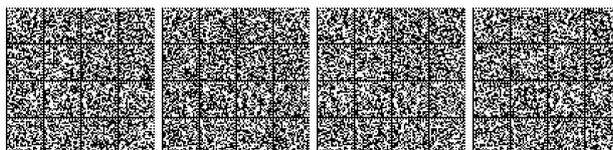
I richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria, da qui in avanti RTP, sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese generalmente per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Inoltre, durante il percorso migratorio, sono sovente esposti a pericoli e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità di questi viaggi che si possono concretizzare in situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura compresa quella sessuale, la malnutrizione, l'impossibilità di essere curati, l'umiliazione psicofisica, la detenzione e i respingimenti.

Gli eventi traumatici che colpiscono i RTP determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica con ripercussioni sul benessere individuale e sociale dei familiari e della collettività.

Per fornire una risposta adeguata è pertanto urgente riorientare il sistema sanitario italiano verso l'attenzione ai bisogni emergenti, la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità, l'equità dell'offerta per assicurare un'assistenza sanitaria in linea con le loro necessità e nel rispetto dei principi costituzionali.

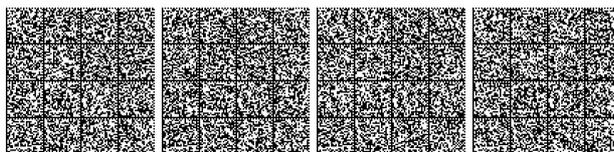
E' necessario, quindi, avviare la programmazione di strumenti operativi adeguati ad assistere questa nuova e numerosa utenza multiculturale, eterogenea, segnata in modo consistente dai traumi subiti. Certamente un'accoglienza adeguata alla complessità dei bisogni e alla tutela dei diritti di cui questi soggetti sono portatori richiede una riorganizzazione dei servizi sanitari, con definizione di procedure, di competenze e attività formativa del personale, resa difficile anche dal pesante ostacolo rappresentato dalle limitate risorse disponibili.

Tuttavia, per fornire uno strumento d'indirizzo utile a garantire interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale, anche in coerenza di quanto disposto dal D.Lgs 21 febbraio 2014, n.18 che ha modificato l'articolo 27, comma 1 bis del D.Lgs 2007, n.251, il Ministero della Salute ha predisposto le presenti "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale compresi eventuali programmi di formazione e aggiornamento specifici rivolti al personale sanitario".

La distribuzione dei migranti sul territorio nazionale dal 2015 sta interessando quasi tutte le regioni, infatti, in base ai dati resi disponibili dal Ministero dell'Interno- Dipartimento per le Libertà

civili e l'Immigrazione, i migranti presenti nei centri di accoglienza (CPSA, CDA, CARA), nei centri di identificazione ed espulsione (CIE), nelle strutture temporanee, nell'ambito del Sistema di protezione richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) al 31 dicembre 2015 erano 103.792; al primo posto per numero di presenze la regione Lombardia e la regione Sicilia, nei cui centri è attualmente accolto rispettivamente il 13% e 12% degli immigrati, seguono il Lazio, la Campania, il Piemonte e il Veneto con l'8%. Questa distribuzione su tutto il territorio nazionale rende ancor più necessaria ed attuale la pubblicazione e la diffusione delle linee guida, per una reale armonizzazione dei percorsi per l'individuazione, la presa in carico ed il trattamento di vittime di violenza intenzionale e di tortura.
Alla luce del Decreto Legislativo 142 del 18 agosto 2015, le linee guida sono chiamate anche a fornire indicazioni per l'individuazione, presa in carico e certificazione delle vittime di torture e per la definizione dei capitolati d'appalto relativi ai centri di prima accoglienza.
Infatti in tema di accoglienza di persone portatrici di esigenze particolari (art.17) si prevede che le misure di accoglienza tengano conto delle specifica situazione delle persone vulnerabili, incluse le persone che hanno subito torture, garantendo una valutazione iniziale e una verifica periodica da parte di personale qualificato ed è stabilito inoltre che possano accedere all'assistenza o a cure mediche e psicologiche appropriate, secondo le presenti linee guida. Infine si prevedono per i centri di prima accoglienza servizi speciali per le persone vulnerabili, assicurati anche in collaborazione con la ASL competente per territorio.
Quindi, sulla base delle esperienze strutturate e consolidate inerenti l'accoglienza e la riabilitazione dei rifugiati vittime di tortura, realizzate da associazioni ed enti in interazione con il servizio sanitario pubblico, le presenti linee guida considerano come strumento fondamentale un approccio multidisciplinare, partecipato, integrato ed olistico, che prevede un percorso di assistenza alle vittime: dall'individuazione, non sempre facile ed evidente in questo tipo di situazioni, alla riabilitazione. Un focus specifico è stato previsto sulla certificazione, essenziale nell'iter della richiesta di asilo e sulla mediazione, indispensabile per la costruzione della relazione. Questo documento affronta anche il tema della tutela della salute degli operatori coinvolti nell'accoglienza e presa in carico delle vittime e la loro formazione. All'interno delle linee guida particolare attenzione è dedicata alle donne, attraverso l'introduzione della prospettiva di genere, e ai minori, che rappresentano due sottogruppi particolarmente vulnerabili.
Le presenti linee guida forniscono quindi indicazioni su come operare il delicato passaggio di competenze tra l'accoglienza erogata dal sistema di assistenza per i rifugiati (SPRAR o altri programmi) e il sistema generale dell'assistenza socio-sanitaria in particolare in tutte quelle situazioni nelle quali è necessario assicurare una continuità terapeutico-assistenziale.
Il presente documento riflette la struttura organizzativa di accoglienza al momento in vigore.

1.2 A chi e da quale momento si applicano le presenti linee guida

Come è noto la disposizione di cui al Decreto legislativo 21 febbraio 2014, n. 18 art. 27 comma 1bis, si applica ai " *titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale".* La dizione letterale, ove fa riferimento ai "titolari" di protezione potrebbe indurre in errore facendo ritenere che il campo di azione previsto dalla legge venga circoscritto a coloro che hanno completato con esito positivo l'iter amministrativo o giurisdizionale di riconoscimento della protezione.
Infatti il riconoscimento della protezione internazionale è un procedimento di natura dichiarativa-accertativa (e non costitutiva) avendo ad oggetto il riconoscimento di una condizione di fatto preesistente alla valutazione. Il "richiedente protezione internazionale" è infatti colui che chiede alle autorità del paese in cui si trova di riconoscere in virtù della sua condizione lo status di rifugiato e di protezione sussidiaria. Pertanto al fine di rendere efficace le misure di assistenza e presa in carico, e tenuto conto dell'importanza di un intervento tempestivo, il presente documento si deve intendere applicabile anche ai richiedenti.

L'obiettivo prioritario delle presenti linee guida è quello di tutelare il richiedente protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità in qualunque fase del suo percorso di riconoscimento della protezione e ovunque sia ospitato, creando le condizioni affinché le vittime di eventi altamente traumatici possano effettivamente accedere alle procedure previste dalla norma e la loro condizione possa essere adeguatamente tutelata.
A tal fine è utile ricordare che ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a) del Decreto Legislativo n.142/2015 una persona è da considerarsi richiedente asilo dal momento in cui manifesta la volontà di richiedere la protezione internazionale.
Secondo il diritto dell'Unione Europea e quello nazionale la condizione di richiedente asilo abbraccia l'intero periodo che va dal momento della manifestazione di volontà da parte dello straniero di chiedere la protezione internazionale fino a quando viene assunta una decisione definitiva sulla domanda (art. 2, comma 1, lett. I-bis, D.Lgs 251/2007, così come modificato dal D.Lgs. 18/2014).
Le presenti linee guida, quindi, si applicano a uomini, donne e minori che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, già titolari di status di protezione internazionale o umanitaria o richiedenti asilo.
La procedura di riconoscimento della domanda di protezione internazionale e le relative garanzie (tra cui le misure rivolte alle situazioni più vulnerabili) si applicano, senza eccezioni, alle domande presentate sia nel territorio degli Stati che alla frontiera, nonché in acque territoriali e nelle aree di transito. Una domanda di protezione internazionale non è vincolata ad una forma precisa ma è sufficiente che essa assuma la forma di una chiara manifestazione di volontà.
Le presenti linee guida contengono, pertanto, indicazioni generali valide in ogni contesto e circostanza e forniscono indicazioni sugli interventi specifici da attuare in maniera differenziata nei diversi luoghi e contesti in cui la domanda di protezione viene presentata e qualunque sia la condizione giuridica dello straniero che la presenta (persona appena giunta nel nostro Paese con ingresso regolare o in stato di necessità, persona già soggiornante in Italia, persona già presente ma non regolarmente soggiornante, persona precedentemente espulsa e non trattenuta, persona espulsa e trattenuta ai fini dell'esecuzione dell'allontanamento etc).
Per le tipologie di strutture di accoglienza in Italia si rinvia alla Tabella 4 nel paragrafo 2.4 relativo al sistema d'accoglienza dei RTP.
La Direttiva 2013/33/UE obbliga gli Stati ad operare una valutazione individuale delle specifiche esigenze di accoglienza delle persone vulnerabili, tra cui le vittime di tortura e di gravi violenze. Tale valutazione deve essere fatta in ogni fase della procedura e anche laddove la condizione di vulnerabilità emerga successivamente alla conclusione della procedura stessa.
Specifiche indicazioni vanno pertanto applicate in relazione ai diversi contesti di accoglienza o di presenza sul territorio compresi i Centri di identificazione ed Espulsione (**CIE)** dove la condizione stessa di privazione della libertà personale e la convivenza forzata con altre persone in un contesto ad altissima tensione costituiscono fattori altamente traumatizzanti, il cui effetto può essere oltremodo pervasivo sulle condizioni del soggetto già vittima di tortura o violenza estrema.
Va evidenziato che molto spesso la tortura può non essere immediatamente leggibile ed è necessario che il sistema di accoglienza sia strutturato in modo che tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nella presa in carico della persona (medici, mediatori culturali, psicologi, assistenti sociali, operatori legali, ecc.) cooperino per favorire l'emersione della vulnerabilità. E' da rilevare che soprattutto donne e minori, a causa del contesto culturale di provenienza, della vergogna e/o dello stigma sociale che spesso l'aver subito violenze comporta, possono trovare particolari ostacoli nel fare emergere, come pure nell'elaborare, il proprio vissuto.
Occorre poi considerare: la duplice veste del RTP, da intendersi vittima da un punto di vista legale e da trattare come sopravvissuto da un punto di vista medico; l'impatto transgenerazionale della tortura; la peculiarità della riabilitazione come un processo che coinvolge la persona, la famiglia ed il tessuto sociale.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

In questo capitolo viene effettuata una disamina della normativa internazionale, europea e italiana sui richiedenti protezione internazionale e del quadro normativo di riferimento per la tutela dei beneficiari richiedenti protezione. Vengono evidenziate le peculiari forme di protezione internazionale e la procedura di riconoscimento. Sono altresì riportate le definizioni di tortura e di trattamenti inumani degradanti, di violenza di genere, nonché si pone un'attenzione specifica alle esigenze di LGBTI, alla luce delle fonti proprie del diritto internazionale e nel diritto dell'Unione Europea. Viene inoltre rappresentato il sistema di accoglienza dei richiedenti e le diverse fasi ad esso associate, secondo la normativa vigente (D.Lgs 142/2015), con annesso un quadro sinottico riepilogativo. Infine, viene indicata la normativa nazionale relativa all'assistenza sanitaria per richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria, assicurata nel rispetto del diritto alla tutela della salute per tutti gli individui presenti in Italia, sancito dall'art. 32 della Costituzione, nell'ambito delle regole generali del Servizio Sanitario Nazionale e dei Livelli Essenziali d'Assistenza e secondo norme specifiche per l'assistenza sanitaria agli stranieri contenute nel Testo Unico sull'immigrazione, in virtù delle quali i richiedenti e titolari dello status di rifugiato e protezione internazionale sono iscritti al SSN.

2.1 La normativa internazionale, europea ed italiana sui richiedenti e titolari protezione internazionale (RTP)

L'asilo è un diritto umano fondamentale regolato da norme di diritto internazionale, dal diritto dell'Unione Europea e da norme interne. La condizione di rifugiato a livello internazionale è regolata dalla Convenzione di Ginevra sullo status di rifugiato del 28 luglio 1951 e dal protocollo di New York del 31 gennaio 1967.

La Convenzione di Ginevra, in particolare, rappresenta lo strumento più rilevante di diritto internazionale, in quanto oltre a definire i diritti connessi allo status di rifugiato, ha per la prima volta dato una definizione universalmente riconosciuta di rifugiato che, ai sensi dell'art. 1 della citata Convenzione, è colui che *"temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo una cittadinanza e trovandosi fuori del Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di siffatti avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra"*.

Altro aspetto rilevante della Convenzione di Ginevra è il divieto di *refoulment* (respingimento) sancito dall'articolo 33 della Convenzione il quale stabilisce che nessun rifugiato può essere respinto "*verso le frontiere dei luoghi ove la sua vita o la sua libertà sarebbero minacciate a causa della sua razza, della sua religione, della sua nazionalità, della sua appartenenza ad una determinata categoria sociale o delle sue opinioni politiche".*

In Italia la Costituzione all'art. 10, terzo comma, inquadra l'asilo tra i diritti soggettivi sancendo che "*Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge*"

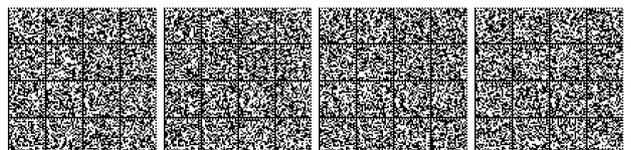
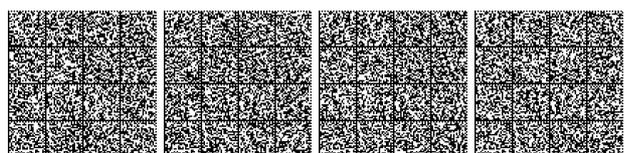
Dal 1999 l'Unione Europea sta lavorando alla costituzione di un Sistema Europeo Comune dell'Asilo, adottando diverse misure legislative al fine di armonizzare gli standard dei sistemi nazionali d'asilo. Tra il 1999 e il 2005 sono stati adottati diversi provvedimenti legislativi (direttiva 2001/55/CE sulla protezione temporanea, 2003/9/CE sull'accoglienza dei richiedenti asilo, 2004/83/CE sulle qualifiche di rifugiato e beneficiario di protezione sussidiaria e 2005/85/CE sulle procedure per il riconoscimento della protezione internazionale) con lo scopo di arrivare a standard comuni minimi tra i Paesi membri dell'Unione Europea. Nella fase successiva le menzionate direttive sono state emendate da nuove direttive emanate dall'Unione Europea allo

scopo di raggiungere un'armonizzazione tra i sistemi di asilo europei[1]. Parte integrante del Sistema europeo d'asilo è altresì il Regolamento (UE) n. 604/2013, cd Regolamento "Dublino III", il quale individua i criteri ed i meccanismi di determinazione dello stato membro competente per l'esame di una domanda di protezione internazionale. I decreti legislativi che hanno trasposto le citate direttive (si veda box sotto) compongono, assieme ai residuali articoli ancora in vigore della legge 39/1990 e ad alcuni rilevanti articoli del D.Lgs 286/1998 (T.U. Immigrazione), il sistema normativo di disciplina dell'asilo in Italia.

Tabella 1 - Quadro normativo di riferimento per la tutela dei beneficiari di protezione internazionale in Italia

Legislazione Internazionale
Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 Dicembre 1948, art. 14 - Diritto di asilo
Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati del 28 luglio 1951
Protocollo relativo allo status di rifugiato del 31 gennaio 1967
Legislazione Comunitaria
Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 4 novembre 1950, art. 18 - Diritto di asilo
Direttiva 2003/09/CE del 27 gennaio 2003 - Norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri
Direttiva 2003/86/CE del 22 settembre 2003 - Diritto al ricongiungimento familiare
Direttiva 2004/83/CE del 29 aprile 2004 - Norme minime sull'attribuzione della qualifica di beneficiario di protezione internazionale
Direttiva 2005/85/CE del 1° dicembre 2005 - Norme minime per le procedure relative al riconoscimento e alla revoca dello status di rifugiato
Regolamento (UE) 439/2010 del 19 maggio 2010 - Istituzione dell'Ufficio Europeo di Sostegno per l'Asilo (EASO)
Direttiva 2001/55/CE del 20 luglio 2011 - Protezione temporanea in caso di afflusso massiccio di sfollati
Direttiva 2011/51/UE dell'11 maggio 2011 - Modifica la direttiva 2003/109/CE per estenderne l'ambito di applicazione ai beneficiari di protezione internazionale
Direttiva 2011/95/UE del 13 dicembre 2011 - Norme sull'attribuzione della qualifica di beneficiario di protezione internazionale (rifusione della Direttiva 2004/83/CE)
Direttiva 2013/33/UE del 26 giugno 2013 - Norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (rifusione della Direttiva 2003/09/CE)
Direttiva 2013/32/UE del 26 giugno 2013 - Procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale (rifusione della Direttiva 2005/85/CE)

[1] In particolare sono state emanate le direttive: 2011/95/UE (di rifusione della direttiva 2004/83/CE), 2013/32/UE (di rifusione della direttiva 2005/85/CE) e 2013/33/UE (di rifusione della direttiva 2003/9/CE).

Regolamento (UE) 603/2013 del 26 giugno 2013 sull'istituzione del sistema EURODAC
Regolamento (UE) 604/2013 del 26 giugno 2013 - Determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda di protezione internazionale (cd. Dublino III)
Legislazione Nazionale
Costituzione della Repubblica Italiana del 27 dicembre 1947, art. 10 co. 3 - Diritto d'asilo, art. 117 co. 2(a) - Competenza esclusiva dello Stato in materia di diritto d'asilo
Legge n. 722 del 24 luglio 1954 - Ratifica ed esecuzione della Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951
Legge n. 39 del 28 febbraio 1990 - Norme urgenti in materia di asilo politico, artt. 1 - 1 septies (cd. Legge Martelli)
Legge n. 563 del 29 dicembre 1995 - Legge Puglia
D.Lgs. n. 286 del 25 luglio 1998 - Testo unico sull'immigrazione
D.Lgs. n. 85 del 7 aprile 2003 - Attuazione della direttiva 2001/55/CE recante norme minime per la concessione della protezione temporanea
D.Lgs. n. 5 dell'8 gennaio 2007 - Attuazione della direttiva 2003/86/CE relativa al diritto al ricongiungimento familiare degli stranieri
D.Lgs. n. 251 del 19 novembre 2007 - Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione della qualifica di beneficiario di protezione internazionale
D.Lgs. n. 25 del 28 gennaio 2008 - Attuazione della direttiva 2005/85/CE recante norme minime per le procedure relative al riconoscimento e alla revoca dello status di rifugiato
D.Lgs.n. 12 del 13 febbraio 2014 - Attuazione della direttiva 2011/51/UE che estende l'ambito di applicazione della direttiva 2003/109/CE ai beneficiari di protezione internazionale
D.Lgs. n. 18 del 21 febbario 2014 - Attuazione della direttiva 2011/95/UE recante norme sull'attribuzione della qualifica di beneficiario di protezione internazionale
D.P.R. 21/2015 "Regolamento relativo alle procedure per il riconoscimento della protezione internazionale.
D.Lgs. n. 142 del 18 agosto 2015 - Attuazione delle direttive 2013/33/UE e 2013/32/UE recanti norme per l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale e delle procedure relative al riconoscimento e alla revoca dello status di protezione internazionale

2.1.1 Le diverse forme di protezione.

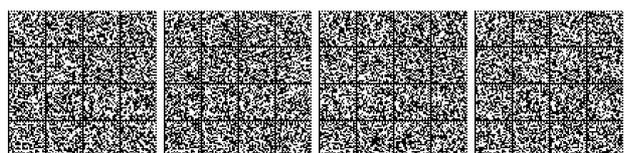
Per rispondere all'esigenza di garantire una più adeguata protezione per coloro che, pur non essendo rifugiati ai sensi della sopracitata Convenzione di Ginevra, sono in fuga da un conflitto armato o da una situazione di violenza generalizzata, già la Direttiva 2004/83/CE, confermata successivamente dalla Direttiva 2011/95/UE, ha introdotto nel diritto dell'Unione e, di conseguenza, in quello dei singoli Stati la nozione di "protezione sussidiaria" definita come la protezione da assicurare nei confronti di un "*cittadino di un paese terzo o apolide che non possiede i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato ma nei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel paese di origine (...) correrebbe un rischio effettivo di subire un grave danno"* (art. 1, comma1, lett. g) del D.Lgs 251/2007.
La stessa legge stabilisce che per danno grave si deve intendere: il rischio di condanna o l'esecuzione di una condanna a morte, il rischio di subire torture o altri trattamenti disumani e degradanti o la minaccia grave e individuale alla vita o alla persona di un civile derivante dalla

violenza indiscriminata in situazioni di conflitto interno o internazionale (art. 14 D. Lgs 251/2007).
Lo status di rifugiato e lo status di protezione sussidiaria costituiscono insieme la nozione di "protezione internazionale" come definita dalla citata Direttiva 2011/95/UE.
I richiedenti che si vedono riconosciuta una delle due forme di protezione internazionale ottengono un permesso di soggiorno di durata quinquennale. Inoltre, i titolari godono di parità di trattamento con i cittadini italiani nell'accesso all'occupazione (ad esclusione dell'accesso al pubblico impiego per i quali sono comparati ai cittadini dell'Unione Europea) e nel godimento dei diritti sociali e sanitari. Inoltre, nell'ottica di una maggiore attenzione nei confronti delle situazioni più vulnerabili, con il nuovo comma 1 bis dell'art. 27, del citato D. Lgs 251/2007, come modificato dal D. Lgs 18/2014, si prevede l'adozione delle presenti linee guida.
Una forma residuale di protezione, che esula dalla protezione internazionale e che è disciplinata esclusivamente dall'ordinamento interno, è la cosiddetta "protezione umanitaria" che trova fondamento normativo nell'art. 5, comma 6 del D. Lgs 286/98 (TU immigrazione). I motivi di carattere umanitario che legittimano il soggiorno dello straniero, anche al di fuori di quanto previsto dalla protezione internazionale, corrispondono ad obblighi di protezione imposti da norme costituzionali, da convenzioni internazionali e da altre serie esigenze di carattere umanitario che vengono valutate individualmente nell'ambito della procedura di riconoscimento della protezione internazionale.
Si riportano in tabella alcuni strumenti giuridici internazionali in materia di diritti umani, ratificati dall'Italia:

Tabella 2- Strumenti giuridici internazionali in materia di diritti umani ratificati dall'Italia

Patto internazionale sui diritti civili e politici (ICCPR), 1966	Firmato il 18 gennaio 1967, ratificato il 15 settembre 1978
Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale (ICERD),1965	Firmata il 13 marzo 1968 e ratificata il 5 gennaio 1976.
Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne (CEDAW) 1979	Firmata il 17 luglio 1980 e ratificata il 10 giugno 1985
Convenzione contro la tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti (CAT) 1984	Firmata il 4 febbraio 1985 e ratificata il 12 gennaio 1989. Dichiarazione ai sensi degli articoli 21 e 22
Convenzione sui diritti del fanciullo (CRC) 1989	Firmata il 26 gennaio 1990 e ratificata il 5 settembre 1991
Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti delle persone con disabilità e il suo protocollo opzionale	Firmata il 30 marzo 2007 e ratificata il 15 maggio 2009
Protocollo opzionale al Patto internazionale sui diritti economici , sociali e culturali (ICESCR)	Firmato il 28 settembre 2009 e ratificato il 20 febbraio 2015
Convenzione internazionale per la protezione di tutte le persone dalle sparizioni forzate	Firmata il 3 luglio 2007 e ratificata l'8 ottobre 2015
Protocollo opzionale alla CRC sul coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati del 2000	Firmato il 6 settembre 2000 e ratificato 9 maggio 2002
Protocollo opzionale alla CRC sulla vendita di bambini, prostituzione infantile e pornografia infantile 2000	Firmato il 6 settembre 2000 e ratificato 9 maggio 2002
Protocollo opzionale alla CRC su una procedura di comunicazione	Firmato il 28 febbraio 2012 e ratificato il 4 febbraio 2016
Protocollo opzionale alla ICCPR, riguardante il ricorso individuale 1966	Firmato il 30 aprile 1976 e ratificato il 15 settembre 1978
Secondo protocollo opzionale al ICCPR, riguardante l'abolizione della pena di morte, 1989	Firmato il 13 febbraio 1990 e ratificato il 14 febbraio 1995
Protocollo opzionale alla CEDAW, per quanto riguarda i singoli reclami e procedure di indagine, 1999	Firmato il 10 dicembre 1999 e ratificato il 22 settembre 2000
Protocollo opzionale alla CAT, per quanto riguarda le visite regolari da parte delle istituzioni nazionali ed internazionali ai luoghi di detenzione, 2002	Firmato il 20 agosto 2003 e ratificato il 3 Aprile 2013
Convenzione per la prevenzione e la repressione del delitto di genocidio del 1948	Ratificata il 4 giugno 1952
Convenzione sulla schiavitù, 1926 come modificata 1955	Partecipazione 4 Febbraio 1954
Convenzione per la repressione della tratta degli esseri umani e dello sfruttamento della prostituzione altrui 1950	Ratificata il 18 Gennaio 1980

Convenzione relativa allo status dei rifugiati del 1951, e Protocollo del 1967	Firmata il 23 luglio 1952 e ratificata il 15 novembre 1954, Protocollo ratificato il 26 gennaio del 1972
Convenzione relativa allo status delle persone apolidi 1954	Firmata il 20 ottobre 1954 e ratificata il 3 dicembre 1962
Convenzione sulla riduzione della condizione di apolidia 1961	Ratificata il 1 December 2015
Statuto di Roma della Corte penale internazionale 1998	Firmato il 18 luglio 1998 e ratificato il 26 luglio 1999.
Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale, del 2000, Protocolli contro il traffico di migranti via terra, mare e aria, e per prevenire, reprimere e punire la tratta di persone, in particolare donne e bambini	Firmata il 12 dicembre 2000 e ratificata il 2 agosto 2006

Parimenti, in ambito europeo si ricordano le ratifiche delle Convenzioni più recenti: Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (Convenzione di Istanbul), ratificata con la Legge N.77/2013; Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e gli abusi sessuali, ratificata con la Legge N.172/2012 (Convenzione di Lanzarote); Convenzione del Consiglio d'Europa sulla lotta contro la tratta di esseri umani (Convenzione di Varsavia), ratificata con la Legge N. 108/2010.

2.1.2. La procedura per il riconoscimento della protezione internazionale.

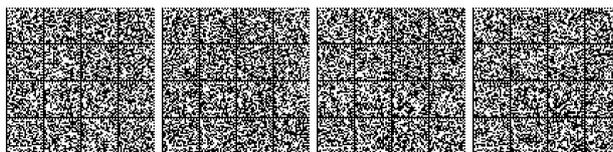
La procedura per il riconoscimento della protezione internazionale è disciplinata in Italia dal D.Lgs 25/2008, recentemente modificato dal D.Lgs 142/2015, che danno attuazione rispettivamente alla direttiva 2005/85/CE a alla direttiva 2013/32/UE.
In base ai summenzionati decreti le Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale sono competenti a valutare le domande di protezione. Esse sono composte da 4 membri (un funzionario di carriera prefettizia con funzione di presidente, un rappresentante dell'Alto Commissariato delle Nazioni unite per i Rifugiati, un rappresentante della Polizia di Stato e un rappresentante degli Enti Locali). Le Commissioni territoriali sono coordinate dalla Commissione Nazionale per il diritto d'asilo con sede a Roma. Il decreto prevede che esse siano 20 in tutta Italia e che la Commissione Nazionale possa autorizzare la costituzione di sezioni per un massimo di 30.
In fase istruttoria assume rilevanza centrale, nell'ambito del procedimento di valutazione di una domanda d'asilo, l'audizione del richiedente in quanto essa rappresenta il momento in cui il richiedente può spiegare in maniera dettagliata all'autorità preposta le ragioni della sua fuga dal Paese di origine e i motivi per cui non può più farvi ritorno.
L'audizione, che avviene in seduta non pubblica e in maniera da tutelare la riservatezza del richiedente, può essere rinviata qualora le condizioni di salute del cittadino straniero, debitamente certificate, non la rendano possibile (art. 12, comma 3, D.Lgs 25/2008). L'audizione, inoltre, può essere omessa *"in tutti i casi in cui risulti certificata dalla struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale l'incapacità o l'impossibilità di sostenere un colloquio"* (art. 12, comma 2, D.Lgs 25/2008).
Al contrario l'art.28, comma 1, lett.b) del richiamato decreto prevede che in caso di persona vulnerabile la domanda debba essere valutata in via prioritaria. Infine, può essere ammesso al colloquio personale di sostegno al fine di prestare la necessaria assistenza qualora ad essere audito è un richiedente vulnerabile (art. 13, comma 2, D.Lgs 25/2008).
Particolarmente rilevante è la disciplina della certificazione degli esiti di tortura introdotta con il D.Lgs 142/2015 il quale aggiunge il comma 3-bis all'art. 8 del D.lgs 25/2008. Il succitato articolo nel richiamare le presenti linee guida stabilisce che: "*ove necessario ai fini dell'esame della domanda, la Commissione territoriale può consultare esperti su aspetti particolari come quelli di ordine sanitario, culturale, religioso, di genere o inerenti ai minori. La Commissione, sulla base degli elementi forniti dal richiedente, può altresì disporre, previo consenso del richiedente, visite mediche*

dirette ad accertare gli esiti di persecuzioni o danni gravi subiti , effettuate secondo le linee guida di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, e successive modificazioni. Se la Commissione non dispone una visita medica, il richiedente può effettuare la visita medica a proprie spese e sottoporne i risultati alla Commissione medesima ai fini dell'esame della domanda."

2.2 Definizioni di tortura e di trattamenti inumani e degradanti nel diritto internazionale e nel diritto dell'Unione Europea

Nell'analisi sui vari aspetti legati alla presa in carico e all'accoglienza delle vittime di tortura è necessario procedere dalla definizione stessa di tortura così come delineata dal diritto internazionale ovvero dalla definizione contenuta all'art. 1 della Convenzione ONU contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti del 10 dicembre 1984[2]: *"ai fini della presente Convenzione, il termine 'tortura' designa qualsiasi atto con il quale sono inflitti a una persona dolore o sofferenze acute, fisiche o psichiche, segnatamente al fine di ottenere da questa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che ella o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidirla o esercitare pressioni su di lei o di intimidire o esercitare pressioni su una terza persona, o per qualunque altro motivo basato su una qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o tali sofferenze siano inflitti da un funzionario pubblico o da qualsiasi altra persona che agisca a titolo ufficiale, o sotto sua istigazione, oppure con il suo consenso espresso o tacito. Tale termine non si estende al dolore e alle sofferenze derivanti unicamente da sanzioni legittime, ad esse inerenti o da esse provocate*".
Quattro sono gli elementi della definizione sopracitata: il primo è quello della condotta che si attua nella inflizione intenzionale di dolore o sofferenza grave, di tipo fisico o mentale; il secondo elemento costitutivo della definizione è dato dagli scopi per i quali la tortura è inflitta, contemplati dall'art. 1 in modo ampio[3]; il terzo elemento è costituito dal coinvolgimento dell'apparato statale sia pure nella forma più blanda dell'acquiescenza; l'ultimo elemento, in base al quale non possono essere classificati come tortura i dolori e le sofferenze dovuti alle *lawful sanctions*, ovvero le sanzioni legittime.
Una diversa e più estesa definizione è contenuta all'art. 7, par. 2, lett. e) dello Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale, dove è stabilito che: "per «tortura» s'intende l'infliggere intenzionalmente gravi dolori o sofferenze, fisiche o mentali, ad una persona di cui si abbia la custodia o il controllo; in tale termine non rientrano i dolori o le sofferenze derivanti esclusivamente da sanzioni legittime, che siano inscindibilmente connessi a tali sanzioni o dalle stesse incidentalmente occasionati".
In questo caso, infatti, la tortura si configura come reato improprio, cioè commissibile da chiunque e non come reato proprio del pubblico ufficiale o di chi agisce a titolo ufficiale. Inoltre, in questa definizione, la tortura non è subordinata alla condizione di detenzione, ma è sufficiente che la

[2] Anche altre Convenzioni e Dichiarazioni internazionali hanno bandito l'utilizzo della tortura, senza, però, darne un'esatta definizione. Così è per l'art. 5 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948, per l'art. 3 della Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950 e per l'art. 7 del Patto internazionale dei diritti civili e politici di New York del 1966.

[3] *"In base a tale definizione, la tortura moderna si distingue da altre forme di violenza per il fatto di essere sempre intenzionale e frutto del volere del carnefice o di chi ne autorizza il ricorso. La pratica è dunque parte di un programma pianificato con uno scopo preciso e mai atto casuale ed estemporaneo. La tortura inoltre si caratterizza per la gravità e l'intensità delle sofferenze a cui la vittima viene sottoposta",* Mazzi C., *La tortura in età contemporanea,* Bonanno Editore, Acireale-Roma, 2010, pag. 35.

persona si trovi sotto la custodia o il controllo di un altro soggetto.
In ultimo questa definizione non presuppone un dolo specifico nell'atto di infliggere sofferenza come invece previsto nella definizione della Convenzione del 1984.
Le definizioni di tortura contenute nelle disposizioni giuridiche internazionali hanno il limite di cogliere solo alcuni aspetti delle finalità della tortura nel mondo contemporaneo che ha prevalentemente la finalità "di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura di identità che la definisce come persona" (Viñar, 1989). L'obiettivo del torturatore è quindi sempre quello di colpire "singoli individui affinché sia impedito ad un intero gruppo, comunque caratterizzato, di esprimere le sue specifiche modalità di esistenza, di coltivare i suoi saperi, le sue credenze ed i suoi valori; affinché sia privato di quelle funzioni che ne permettono la riproduzione sociale e culturale"
Con legge 3 novembre 1988 n. 498, l'Italia ha ratificato e reso esecutiva la Convenzione del 1984, che espressamente prevede l'obbligo per gli Stati membri di legiferare affinché qualsiasi atto di tortura sia espressamente e immediatamente contemplato come reato nel diritto interno. Nonostante questo e nonostante i rilievi mossi in tal senso dal Comitato dei diritti umani delle Nazioni Unite, dalla Corte Europea per i diritti dell'uomo e delle maggiori organizzazioni di tutela dei diritti umani attualmente manca ancora nell'ordinamento italiano una specifica fattispecie penale incriminatrice in tema di tortura[4].
Nell'ambito del Consiglio d'Europa sono stati adottati due importanti strumenti di protezione dei diritti umani: la Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà fondamentali (CEDU), firmata a Roma il 4 novembre 1950, e la Convenzione Europea per la prevenzione della tortura e delle pene e trattamenti disumani e degradanti, firmata a Strasburgo il 26 novembre 1987. Quest'ultima Convenzione, a sua volta, ha istituito il Comitato per la Prevenzione della tortura (CPT) che prevede un sistema di visite nei luoghi di detenzione, per verificare il trattamento riservato alle persone private della libertà personale.
L'art. 3 della CEDU prevede che *"nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti"*[5]. Secondo la consolidata giurisprudenza della Corte di Strasburgo, organo istituito dalla CEDU al fine di controllare il rispetto da parte degli Stati contraenti degli obblighi assunti con la stessa Convenzione, l'art. 3 "*consacra uno dei valori fondamentali delle società democratiche* e, insieme all'art. 2 CEDU gode *"di una tutela differenziata e rafforzata rispetto ad altri articoli, in virtù del carattere assoluto ed imperativo dei diritti che essi vanno a garantire"*. La Convenzione, tuttavia, non contiene una definizione delle fattispecie proibite dall'art. 3 che possano costituire tortura o trattamenti inumani e degradanti; per tale definizione si deve, pertanto, necessariamente rinviare all'opera interpretativa della Corte di Strasburgo. Se, infatti, ad una prima lettura l'art. 3 presenta per lo Stato l'obbligo esclusivamente negativo di astenersi dal violare il divieto previsto, la giurisprudenza della Corte nella sua evoluzione ha avuto modo di estendere l'ambito di applicazione della norma facendovi rientrare dei veri e propri obblighi positivi per lo Stato.

---

[4] Sempre con riferimento al nostro ordinamento va ricordato l'art. 185-bis del codice penale militare di guerra, introdotto dalla l. n. 6/2002, che prevede: "salvo che il fatto costituisca più grave reato, il militare che, per cause non estranee alla guerra, compie atti di tortura o altri trattamenti inumani, trasferimenti illegali, ovvero altre condotte vietategli dalle convenzioni internazionali, inclusi gli esperimenti biologici o i trattamenti medici non giustificati dallo stato di salute, in danno di prigionieri di guerra o di civili o di altre persone protette

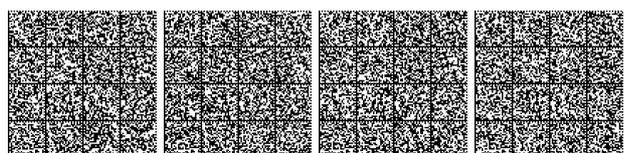
[5] " *La distinzione tra tortura, trattamenti inumani e trattamenti degradanti viene stabilita, caso per caso, sulla base della gravità delle sofferenze inflitte: la tortura, secondo quanto affermato nella sentenza Irlanda c. Regno Unito del 18 gennaio 1978, è una forma particolarmente qualificata di trattamento inumano o degradante che provoca sofferenze molto gravi e crudeli. Trattasi, ad ogni modo, di una distinzione non cristallizzata una volta per tutte",* Cataldi G., *La tortura è tra noi? La portata dell'art. 3 CEDU nella giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo,* in *La tortura nel nuovo millennio,* a cura di Zagato L. Pinton S., Cedam, Padova, 2010, pag. 182

Tra detti obblighi è incluso il divieto di allontanamento dello straniero qualora detto allontanamento esponga la persona al concreto rischio di essere vittima di tortura. Secondo la Corte infatti: *"quando vi siano fondati motivi per ritenere che l'interessato, se espulso verso il Paese di destinazione, vi corra un rischio reale di essere sottoposto a trattamenti contrari all'art. 3. […] In tal caso l'articolo 3 comporta l'obbligo di non espellere la persona in questione verso tale Paese"*[6]. Tale orientamento è stato ribadito dalla Corte nella sentenza *Saadi c. Italia*[7] in cui la Corte ha ravvisato una violazione dell'art. 3 CEDU nel caso in cui il ricorrente fosse espulso verso la Tunisia, Paese in cui avrebbe rischiato di subire trattamenti inumani e degradanti[8]. Secondo la Corte, tale principio ha portata assoluta ed inderogabile.

Tabella 3- Principali norme di diritto internazionale in materia di diritti umani, e di diritto dell'Unione Europea relativi alla proibizione della tortura

- Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo, Assemblea generale delle Nazioni Unite, New York, 10 dicembre 1948
- Convenzione Europea di salvaguardia dei diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali, Roma, 4.11.1950
- Convenzione sull'abolizione della schiavitù, Ginevra, 7 settembre 1956, entrata in vigore il 30 aprile 1957
- Patto internazionale dei diritti civili e politici, New York 1966 entrato in vigore il 23.03.1976
- Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti (CAT) Assemblea generale delle Nazioni Unite, New York, 10 dicembre 1984, entrata in vigore il 27 giugno 1987
- Convenzione Europea per la prevenzione della tortura e delle pene e trattamenti disumani e degradanti, Strasburgo, 26 novembre 1987
- Trattato istitutivo della Corte Penale Internazionale adottato dalla Conferenza diplomatica di Roma il 17 dicembre 1998, ed entrato in vigore il 1° luglio 2002
- Protocollo alla Convenzione contro la Tortura, approvato il 18 dicembre 2002 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, ed entrato in vigore il 22 giugno 2006.

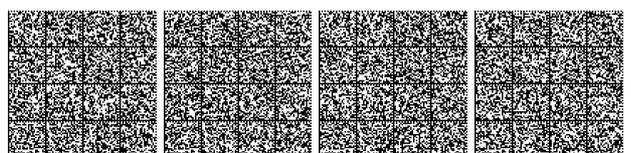
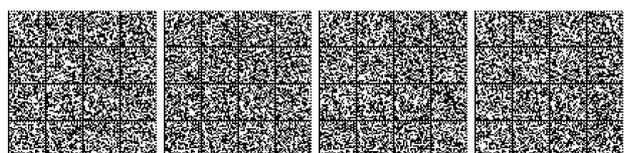
2.3. La normativa internazionale e nazionale relativa alla violenza di genere

Dei milioni di persone che sono costrette a fuggire dal loro paese di origine a causa di guerre o gravi violazioni del diritti umani fondamentali, il 50% circa è rappresentato, a livello globale, da donne e fanciulle. Molte delle richieste di asilo che vengono presentate da donne e ragazze riguardano persecuzioni basate sul genere, tra cui la tratta, il matrimonio forzato, la violenza domestica, la sterilizzazione forzata, le mutilazioni genitali femminili, la minaccia di delitti "d'onore", la violenza sessuale e lo stupro. Benché il genere non venga espressamente menzionato nella definizione di rifugiato di cui all'art. 1 della Convenzione di Ginevra, da decenni costituisce un principio riconosciuto quello secondo cui, per giungere a decisioni accurate in merito alle domande per lo status di rifugiato, la definizione dovrebbe essere interpretata tenendo in considerazione i possibili aspetti relativi al genere. In linea con orientamenti e prassi già condivise a livello internazionale, il D.Lgs. n. 251/07 di recepimento della Direttiva Qualifiche

---

[6] Corte Edu, *H.L.R. c. Francia,* sentenza 29 aprile 1997. V., inoltre, Corte Edu *Soering c. Regno Unito,* sentenza del 7 luglio 1989; Corte Edu *Salah Sheekh c. Paesi Bassi*, sentenza dell'11 gennaio 2007.

[7] Corte Edu [GC] *Saadi c. Italia,* sentenza del 28 febbraio 2008, su cui si veda Liguori A., *Obblighi internazionali e comunitari in materia di garanzie procedurali avverso l'espulsione dei migranti in Europa,* in *Diritto immigrazione e cittadinanza,* n. 3, 2009, pagg. 29 ss.

[8] Tale indirizzo è stato successivamente ribadito dalla Corte. Si veda, *ex plurimis*, Corte Edu, *Trabelersi c. Italia,* sentenza del 13 aprile 2010 e Corte Edu *Abdelhedi c. Italia,* sentenza del 24 marzo 2009, Corte EDU del 24 febbraio 2009 *Ben Khemais c. Italia*

("direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta") ha espressamente previsto all'articolo 7, nell'elencazione degli atti di persecuzione, che lo status di rifugiato possa essere riconosciuto a persone che dimostrino di avere fondato timore di subire, in caso di rimpatrio, atti di violenza fisica o psichica, compresa la violenza sessuale (comma 2, lett. a) o di atti specificamente diretti contro un genere sessuale (comma 2, lett. f). Ai sensi dell'art. 8 dello stesso decreto gli atti di persecuzione possono essere ricondotti, tra l'altro, all'appartenenza a un "particolare gruppo sociale" (comma 1, lett. d). In funzione della situazione nel Paese d'origine, un particolare gruppo sociale può poi essere individuato anche in base alla caratteristica comune dell'orientamento sessuale o dell'identità di genere.
Come per le altre forme di persecuzione, la violenza già subita in passato (pur non essendo necessaria per il riconoscimento della protezione) è considerata indice nella valutazione prognostica circa il pericolo in caso di rimpatrio.
Più recentemente, inoltre, la Convezione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (nota come Convenzione di Istanbul, dell'11 maggio 2011), per la prima volta ha menzionato espressamente la persecuzione di genere.
Questa Convenzione contiene due articoli che si riferiscono specificamente alla protezione internazionale, l'articolo 60 sulle domande di asilo basate sul genere e l'articolo 61 in materia di non-refoulement.
In particolare, la convenzione prevede che gli stati contraenti si impegnino a garantire che la violenza contro le donne basata sul genere possa essere riconosciuta come una forma di persecuzione ai sensi dell'articolo 1 della Convenzione sullo status dei rifugiati del 1951 e che nelle procedure per il riconoscimento si adotti un'interpretazione *gender sensitive*, come pure sensibili e adeguati al genere debbano essere i sistemi di accoglienza e i servizi di supporto per rifugiati e richiedenti asilo. L'art. 61 impegna gli Stati firmatari ad adottare tutte le misure legislative necessarie affinché sia rispettato tassativamente il principio di *non refoulement* nei confronti anche di tutte le donne vittime di violenza che in caso di rimpatrio potrebbero essere esposte al rischio di tortura o di pene o trattamenti inumani o degradanti.
Le persecuzioni direttamente legate al genere derivano da squilibri di potere e di ruolo tra le persone di sesso/genere diverso, da rapporti di subordinazione che fanno sì che la violenza venga perpetuata e tollerata, soprattutto all'interno della famiglia, sulla base della erronea convinzione, tuttora radicata in vari paesi del mondo, che tali questioni riguardino esclusivamente la sfera privata.
La violenza domestica e la violenza sessuale**,** come pure le altre forme di persecuzione legate al genere, sebbene di norma non perpetrate da attori statali, possono essere riconducibili alla protezione internazionale qualora la Stato d'origine non possa o non voglia fornire adeguata protezione. E' internazionalmente riconosciuto che lo stupro e le altre gravi forme di violenza sessuale, quando commesse in un contesto di conflitto armato, rientrano tra i crimini di guerra e costituiscono gravi violazioni delle Convenzioni di Ginevra sul diritto umanitario e la Convenzione di Istanbul sulla prevenzione e la lotta contro la violenza sulle donne.
Parimenti si ricordano la Risoluzione del Consiglio di Sicurezza 1325(2000) in materia di Donne, Pace e Sicurezza e ss. (in particolare le Risoluzioni: 1820(2008), 1888 (2009), 1889(2009), 1960(2010), 2106(2013), 2122(2013), 2242(2015)), che compongono la c.s. Agenda in materia di Donne, Pace e Sicurezza.
Un altro aspetto particolarmente rilevante attiene alla relazione tra la tratta di esseri umani e il sistema asilo. Alcune vittime, o potenziali vittime, della tratta possono rientrare nella definizione di rifugiato e potrebbero pertanto avere titolo alla protezione internazionale che spetta ai rifugiati.

Come rilevato anche da recenti ricerche[9] è in aumento il numero di donne richiedenti asilo, vittime della tratta a fini di sfruttamento sessuale[10]. La tratta di esseri umani, il cui principale obiettivo è quello di trarre profitto dal loro sfruttamento, è una pratica proibita dal diritto internazionale e punita penalmente dalla legislazione nazionale. Afferenti all'esperienza di tratta possono esservi forme gravi di violenza e sfruttamento come lo stupro, la riduzione in schiavitù sessuale, la prostituzione sessuale, atti che rappresentano forme di persecuzione legate al genere. Oltre alle persecuzioni già subite, le vittime della tratta possono subire ritorsioni o essere nuovamente trafficate nel caso di rientro nel Paese di origine, soprattutto se le autorità del Paese non sono in condizione o non vogliono fornire protezione alle vittime. Si fa riferimento al riguardo alla Convenzione Onu contro il Crimine Organizzato Transnazionale e alla Convenzione di Varsavia.
In ultimo occorre sottolineare come tutte le forme di mutilazione dei genitali femminili (FGM/MGF) violano una serie di diritti umani delle ragazze e delle donne, quali quello alla non discriminazione, alla protezione dalla violenza fisica e mentale, ai migliori standard sanitari possibili e, nei casi più gravi, il diritto stesso alla vita. Inoltre le FGM costituiscono una forma di tortura e di trattamento inumano e degradante[11], come affermato dalla giurisprudenza internazionale, dalla dottrina legale dei vari organismi di monitoraggio dei trattati delle Nazioni Unite[12], dalle Procedure speciali del Consiglio dei Diritti Umani[13] e della Corte europea dei diritti dell'uomo[14].
In Italia la legge 9 gennaio 2006, n.7, recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" nasce dall'idea di realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche. La norma si muove inoltre, nell'ambito di obiettivi generali quali l'affermazione del rispetto della donna come persona, della sua dignità, del diritto all'integrità del suo corpo, alla salute, all'esercizio delle libertà fondamentali.
Le linee guida, previste dall'art. 4 della legge n. 7 del 2006, emanate dal Ministero della Salute con il Decreto Ministeriale 17 dicembre 2007, destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile, per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche"[15], sono uno strumento a disposizione delle Regioni per attivare sul territorio tutte le iniziative volte alla formazione del personale sanitario per la prevenzione della diffusione delle MGF; forniscono

[9] Notratta, *Vittime di tratta e richiedenti/titolari di protezione internazionale. Rapporto di ricerca,* Roma 30 giugno 2014. (Dipartimento Pari opportunità- Presidenza del Consiglio dei ministri e ICMPD "Guidelines for the development of a transnational referral mechanism for trafficked persons in Europe")

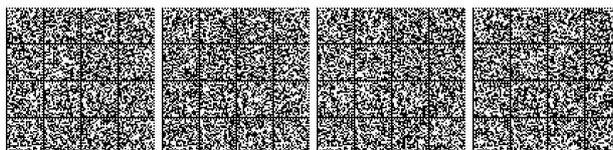
[10] Così come, più in generale, si riscontra un aumento del numero di richiedenti asilo e rifugiati, uomini e donne, soggetti alla tratta a fini di sfruttamento lavorativo.

[11] ICCPR, Articolo 7; CRC, Articolo 37; 1984 Convenzione contro la tortura, trattamenti inumani e degradanti*,* Articolo 3

[12] Comitato contro la tortura, *General Comment No. 2: Implementation of Article 2 by States Parties*, 24 gennaio 2008, CAT/C/GC/2, http://www.unhcr.org/refworld/docid/47ac78ce2.html, para. 18; Comitato per I diritti umani (HRC), *General Comment No. 28: Articolo 3 (Uguaglianza di diritti per uomini e donne)*, 29 Marzo 2000, (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10) http://www.unhcr.org/refworld/docid/ 45139c9b4.html, para. 11.

[13] *Report of the Special Rapporteur on torture,* paras. 50–55

[14] *Emily Collins and Ashley Akaziebie v. Sweden*, Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, Application no. 23944/05, 8 Marzo 2007, http://www.unhcr.org/refworld/docid/46a8763e2.html.

[15] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

inoltre indicazioni al Sistema sanitario per adeguare le proprie conoscenze e le proprie modalità di cura, per rispondere in modo efficace alla domanda di salute proveniente da una specifica fascia di popolazione femminile immigrata. Il documento è costituito da due parti interdipendenti e di pari importanza: una di carattere socio-antropologico, che introduce alla tematica delle MGF, illustrandone le profonde motivazioni psicologiche, economiche, sociali e culturali, oltre agli strumenti giuridici che consentono di contrastarle in Italia e nel mondo in nome di diritti universali; l'altra costituita da indicazioni di tipo relazionale e medico-sanitarie per operatori sanitari ed operatori sociali che, nell'esercizio della loro professione, si imbattono in queste problematiche.

2.3.1 Le esigenze specifiche di richiedenti e titolari di protezione internazionale LGBTI

Nell'ambito della violenza di genere, assume particolare rilievo quella avente come matrice l'omo/transfobia. Le persone LGBTI (lesbiche, gay, bisessuali, transgender, intersessuali), infatti, sono spesso vittime nel Paese di origine di atti discriminatori o persecutori, inclusa la violenza fisica e psicologica, che, per modalità, specificità e frequenza, possono avere un notevole impatto sul benessere psicofisico della persona. E' utile ricordare, inoltre, come i rapporti tra persone dello stesso sesso siano penalmente sanzionati, in alcuni casi con la pena di morte, in molti stati nel mondo[16].

Per questo motivo, le persone LGBTI sono portatrici di bisogni ed esigenze specifiche nel corso di tutte le fasi della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale. Inoltre, per le persone transgender, il rifiuto o l'impossibilità di accedere nel Paese di origine a trattamenti a sostegno del percorso di transizione, che vanno dalle terapie ormonali agli interventi chirurgici, rappresenta una forma grave di violenza psicologica in quanto negazione dell'identità di genere. Particolare attenzione deve essere posta in presenza di richiedenti o beneficiari di protezione internazionale intersessuali, che potrebbero aver subito trattamenti medici o interventi chirurgici con fini di "normalizzazione" o adeguamento forzoso a un genere, per i quali si raccomanda un'adeguata valutazione del caso specifico.

Per quanto concerne la presa in carico da parte di strutture sanitarie, si ricorda che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha derubricato l'omosessualità dall'elenco delle malattie dal 1990 e che analogo percorso si sta promuovendo per depennare i disturbi dell'identità di genere dall'elenco dei disturbi mentali e comportamentali, istanza della quale si è fatto portavoce il Parlamento Europeo con risoluzione del 4 febbraio 2014 sulla *road-map* dell'UE contro l'omofobia e la discriminazione legata all'orientamento sessuale e all'identità di genere. Pertanto, un eventuale percorso di sostegno psicologico deve essere inteso al solo fine di favorire la persona nel superamento di traumi derivanti da forme di violenza fisica o psicologica, non già al fine di definire il suo orientamento sessuale o la sua identità di genere, e comunque previo consenso della persona interessata.

In questi casi, è fondamentale che le persone appartenenti a questo particolare gruppo siano consapevoli del diritto al riconoscimento della protezione internazionale a causa delle persecuzioni fondate sull'orientamento sessuale e l'identità di genere. Un altro elemento da tenere in considerazione nella relazione con i richiedenti e beneficiari di protezione internazionale LGBTI

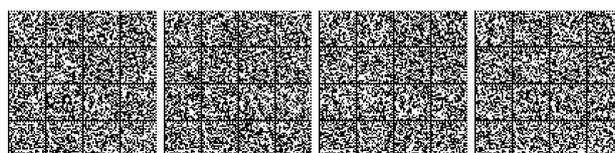
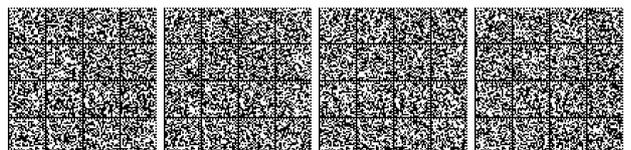
[16] Amnesty International, Making love a crime: Criminalization of same-sex conduct in Sub-Saharan Africa, giugno 2013, AFR 01/001/2013, http://www.refworld.org/docid/51d2a0144.html; International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), State-Sponsored Homophobia, A world survey of laws: Criminalisation, protection and recognition of same-sex love , maggio 2013, http://www.refworld.org/docid/519b6c2f4.html

consiste nell'omo/transfobia interiorizzata, ovvero l'introiezione di una rappresentazione negativa del proprio orientamento sessuale e identità di genere influenzata dal contesto culturale, sociale e religioso di provenienza. Questo può rendere maggiormente difficoltosa l'elaborazione del trauma e l'esternazione del proprio vissuto con il personale di sostegno, per il quale si raccomanda adeguata e specifica formazione.
Anche in ragione di ciò, va segnalato come il mero fatto di trovarsi nel Paese di accoglienza potrebbe non mettere i richiedenti e beneficiari di protezione internazionale LGBTI al definitivo riparo dal ripetersi di ulteriori atti persecutori o discriminatori, soprattutto se si considera l'attuale sistema di accoglienza, nell'ambito del quale è frequente l'accoglienza in centri collettivi ove sono presenti gruppi di persone provenienti dallo stesso Paese o appartenenti a una medesima etnia o religione. Una tale sistemazione potrebbe, infatti, riportare le persone LGBTI alle stesse condizioni psicologiche dalle quali sono fuggite, compromettendone il percorso di assistenza. Per tali ragioni appare opportuno che i richiedenti asilo LGBTI siano trasferiti il prima possibile da centri collettivi a centri di dimensioni inferiori con mediazione adeguata, per evitare il prodursi dei rischi evidenziati. Sul punto si segnala come l'art. 17 del D.Lgs 142/2015 abbia inserito, tra le categorie portatrici di esigenze particolari alle quali garantire soluzioni di accoglienza specifiche, le persone per le quali è stato accertato che abbiano subito forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale legate all'orientamento sessuale o all'identità di genere. In tale contesto, si potrebbe favorire la messa in rete del personale di sostegno e dei centri di accoglienza con le organizzazioni LGBTI, alle quali fare riferimento per ulteriori e specifiche attività di supporto al benessere psicofisico e all'integrazione delle persone prese in carico.

Tabella 4- Principali documenti in materia di genere, identità di genere e orientamento sessuale

- *Linee Guida sulla Protezione Internazionale No. 1: La persecuzione di genere nel contesto dell'articolo 1A(2) della Convenzione del 1951 e/o del Protocollo del 1967 relativi allo status dei rifugiati, 7 maggio 2002, HCR/GIP/02/01 (UNHCR 2002)*
- *Linee Guida sulla Protezione Internazionale No. 7: L'applicazione dell'articolo 1A(2) della Convenzione del 1951 e/o del Protocollo del 1967 relativi allo status dei rifugiati alle vittime di tratta e alle persone a rischio di tratta*, 7 aprile 2006, HCR/GIP/06/07 *(UNHCR 2006)*
- *Linee Guida sulla protezione internazionale n. 9: Domande di riconoscimento dello status di rifugiato fondate sull'orientamento sessuale e/o l'identità di genere nell'ambito dell'articolo 1A(2) della Convenzione del 1951 e/o del suo Protocollo del 1967 relativi allo status dei rifugiati, 23 ottobre 2012 (UNHCR 2012)*
- *Guidance Note on Refugee Claims relating to Female Genital Mutilation, 18 maggio 2009 (UNHCR 2009)*
- *Nota dell'UNHCR contenente indicazioni sulle domande di status di rifugiato nell'ambito della Convenzione del 1951 relative a orientamento sessuale e identità di genere, 21 novembre 2008 (UNHCR 2008)*
- *Violenza sessuale e di genere nei confronti di rifugiati, rimpatriati e sfollati interni (UNHCR 2003)*
- *Handbook for the Protection of Women and Girls (UNHCR 2008)*
- *Action against Sexual and Gender-Based Violence: an updated Strategy (UNHCR 2011)*
- *Clinical and policy guidelines - Responding to intimate partner violence and sexual violence against women (WHO 2013)*
- *"Position Paper on Violence against Women and Girls in the European Union And Persons of Concern to UNHCR" del marzo 2014 (UNHCR 2014)*
- *Legge 77/13, Convenzione di Istanbul, art. 60 - Richieste di asilo basate sul genere; art. 61 Diritto di non-respingimento*
- *European Parliament resolution of 8 March 2016 on the situation of women refugees and asylum seekers in the EU (2015/2325(INI))"*

2.4 Il sistema d'accoglienza dei richiedenti e titolari protezione internazionale (RTP)

L'Italia ha un obbligo di accoglienza verso tutti i richiedenti asilo privi di mezzi di sussistenza sin dal momento in cui manifestano la volontà di presentare una domanda di protezione internazionale.

L'accoglienza, inoltre, può protrarsi per il tempo necessario all'esame della domanda in prima istanza, e successivamente anche per il periodo di pendenza del ricorso giurisdizionale avverso l'eventuale decisione negativa, qualora il richiedente sia autorizzato a rimanere nel territorio italiano.

Secondo l'attuale normativa (D.Lgs 142/2015) il sistema d'accoglienza si articola in più fasi.

Nei casi degli arrivi via mare, nell'ambito dei cosiddetti flussi misti di richiedenti asilo e migranti, gli stranieri vengono ospitati nell'immediatezza dello sbarco presso i Centri di Primo Soccorso e Accoglienza, dove ricevono le prime cure, vengono identificati ed eventualmente possono esprimere la propria volontà di richiedere la protezione internazionale.

Ai sensi dell'art. 8, comma 1 del citato decreto, il richiedente asilo viene accolto inizialmente presso i centri di prima accoglienza, o nei centri di accoglienza temporanea (vedi art.11, comma 1, D.Lgs. 142/2015) quando non vi sia disponibilità di posti nei centri ordinari. La prima accoglienza, che deve essere quanto più breve possibile, può essere effettuata in centri collettivi ed è finalizzata all'identificazione del richiedente, alla registrazione della sua domanda di protezione internazionale e ad una valutazione delle sue condizioni di salute anche al fine di verificare la sussistenza di eventuali esigenze specifiche ai sensi dell'art. 17 D.Lgs 142/2015.

Successivamente alla prima accoglienza i richiedenti vengono trasferiti in un progetto di accoglienza afferente alla rete SPRAR, dove seguiranno l'iter della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale e riceveranno il supporto necessario a sostenere i percorsi d'inserimento sociale.

Lo SPRAR è costituito dalla rete degli Enti Locali che, con il contributo del terzo settore, garantiscono un'accoglienza integrata dei richiedenti asilo e rifugiati principalmente in appartamenti ovvero in piccoli centri di accoglienza.

Infine, il richiedente asilo, nei casi specifici indicati dall'art. 6 del D.Lgs 142/2015, potrebbe essere ospitato in un Centro di Identificazione ed Espulsione. In questi ultimi centri, il successivo articolo 7 specifica che il richiedente dev'essere ospitato in zone separate rispetto a quelle degli altri migranti trattenuti. La norma, inoltre, esclude che possano essere trattenuti individui le cui condizioni di salute siano incompatibili con la condizione dei trattenimento, circostanza che dev'essere tenuta nella massima considerazione quando si valuta l'opportunità di trattenere sopravvissuti a torture, magari subite in circostanze di deprivazione della libertà individuale.

Ai sensi dell'art. 17 del D. LGS. 142/2015, in tutti i centri indicati nel presente paragrafo, nel predisporre le misure d'accoglienza si deve tenere conto delle specifiche situazioni dei richiedenti vulnerabili tra i quali sono inclusi: *"i minori, i minori non accompagnati, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le vittime della tratta di esseri umani, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, le persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali".* Inoltre, lo stesso articolo prevede che nei centri di prima accoglienza, e *de relato* ai sensi dell'art.11 nei centri di straordinaria accoglienza, devono essere predisposti *"servizi speciali di accoglienza delle persone vulnerabili portatrici di esigenze particolari"*, individuati tramite lo schema di capitolato predisposto dal Ministero dell'Interno ai sensi dell'art. 12 ed assicurati anche in collaborazione con l'ASL locale, tra i quali dev'essere inclusa un'adeguata assistenza psicologica.

Servizi speciali per persone portatrici di esigenze d'accoglienza particolari devono essere predisposti anche nei progetti SPRAR, sulla base delle indicazioni fornite nelle linee guida allegate al bando per l'accesso al finanziamento della rete di cui all'art. 14, comma 2.

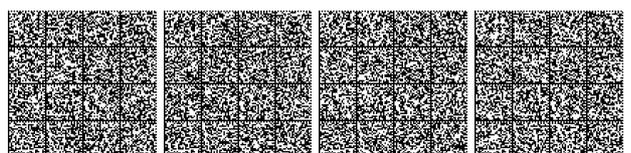
In entrambi i casi i servizi predisposti devono garantire una valutazione iniziale e delle verifiche periodiche delle esigenze particolari d'accoglienza. In tal senso appare opportuno che lo schema di capitolato dei Centri di prima accoglienza e le linee guida SPRAR includano modalità specifiche di individuazione delle vittime di tortura e violenza grave in linea con le presenti linee guida.
L'individuazione delle vulnerabilità nei centri d'accoglienza risulta utile anche ai fini del nuovo programma *relocation*, introdotto dalle decisioni del Consiglio n.1523 del 14 settembre 2015 e n.1601 del 22 settembre 2015, le quali prevedono, entrambe all'art.5, comma 3, che debba essere data priorità ai casi vulnerabili ai sensi degli artt. 21 e 22 della direttiva 2013/33/UE.
Compiti specifici nella rilevazione delle vulnerabilità sono affidati, in tale contesto, all'OIM e all'UNHCR, secondo le modalità previste nelle *Standard Operating Procedure* per gli *Hotspot* italiani *(Hotspots' SOPs)* adottate dal Ministero dell'Interno.
Nei centri di accoglienza, in particolare in caso di compresenza di donne e uomini, deve essere prestata particolare attenzione anche alla disposizione e tipologia dei locali comuni e dei servizi igienici, nonché alla loro adeguata illuminazione, e comunque adottare misure idonee a prevenire la violenza e la violenza di genere, compresa la violenza sessuale e le molestie, all'interno dei centri (come espressamente previsto dall'art. 18, comma 4, Direttiva 2013/33/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 26 giugno 2013 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale-rifusione). A tal fine dovranno essere maggiormente sensibilizzati e formati in materia di educazione ai diritti umani, con specifico riguardo alla violenza di genere, gli enti gestori dei centri di accoglienza. Dovranno essere formalizzate inoltre procedure standard in materia di prevenzione e di risposta alla violenza sessuale e di genere/SGBV per il personale che lavora in strutture di accoglienza per i rifugiati, prevedendo la partecipazione delle stesse donne rifugiate allo sviluppo dei meccanismi di prevenzione e di risposta. Si dovrà quindi provvedere al rafforzamento dei sistemi di monitoraggio indipendente e *reporting* della violenza di genere.
E' auspicabile che le donne abbiano accesso alla corretta informazione sui diritti delle donne, SGBV, tratta, MGF, ed esercitare i propri diritti (es. gratuito patrocinio per vittime di violenza sessuale) e per il riconoscimento della protezione internazionale.
A seguito dell'approvazione del Piano Nazionale Accoglienza del 10 luglio 2014, il Ministero dell'Interno è stato incaricato di organizzare il Sistema di accoglienza per i minori stranieri non accompagnati. Si e' quindi assistito al passaggio da una gestione esclusiva da parte delle regioni e dei Comuni a una gestione integrata nella quale i Comuni continuano a garantire l'erogazione di servizi e la presa in carico dei minori collocati sul loro territorio.
Inoltre, si e' superato il precedente regime che distingueva i minori non accompagnati richiedenti asilo da quelli non richiedenti asilo.
Secondo quanto disposto dal Piano Nazionale, poi ripreso dal D.Lgs 142/2015, il sistema di accoglienza dei minori stranieri non accompagnati si distingue in due fasi successive. Una prima accoglienza di natura temporanea e una seconda accoglienza durante la quale il minore sarà preso in carico sino al momento del raggiungimento della maggiore età.
Nello specifico, l'art. 19 del Decreto legislativo citato, dispone che i minori siano collocati in strutture di prima accoglienza istituite con Decreto del Ministero dell'interno e che vi permangano per un tempo limitato non superiore a 60 giorni.
Durante questo primo periodo di accoglienza i minori saranno seguiti da operatori altamente specializzati (tra cui psicologi dell'età evolutiva, esperti di diritti dell'infanzia e mediatore culturale) che li seguiranno nella fase di identificazione, comprese le eventuali attività mirate alla determinazione dell'età, e nella fase di conoscenza approfondita del minore e di individuazione di esigenze particolari d'accoglienza.
Inoltre, i minori dovranno ricevere secondo modalità adeguate alla loro età e capacità di discernimento, ogni informazione che riguardi i loro diritti in Italia, compreso quello di poter richiedere la protezione internazionale, e le modalità per poterne usufruire. Sempre nelle strutture di prima accoglienza dev'essere avviata la procedura per la nomina del tutore e devono

essere condotti colloqui anche miranti al rilevamento di eventuali legami familiari in Italia e/o in Paesi terzi, finalizzati a favorire la ricomposizione di nuclei familiari.
In tutte le procedure afferenti al minore gli operatori sono chiamati a valutare quale sia l'Interesse Superiore del minore, ciò anche al fine di valutare il trasferimento dello stesso nelle strutture di seconda accoglienza più opportune.
Questa seconda fase di presa in carico è gestita interamente dal Sistema di Protezione dei Richiedenti Asilo (SPRAR) stante, come detto, il superamento della distinzione fra minori stranieri richiedenti asilo e non.
I minori permangono nelle strutture di seconda accoglienza sino al raggiungimento della maggiore età continuando e rafforzando il percorso di integrazione avviato durante la prima accoglienza.
Si riporta di seguito una tabella esplicativa del sistema di accoglienza vigente.

Tabella 5 - Principali Strutture di accoglienza nel sistema italiano vigente

Tipologia di Strutture di accoglienza per migranti in Italia	Riferimenti normativi	Principali caratteristiche
Centri di Primo Soccorso e Assistenza (CPSA)	D.L. 451/95 conv. in L. 563/1995 e D.M. 02.01.1996 n. 233	Ospitano gli stranieri al momento del loro arrivo in Italia. In questi centri i migranti ricevono le prime cure mediche necessarie, vengono fotosegnalati, possono richiedere la protezione internazionale. Successivamente, a seconda della loro condizione, vengono trasferiti nelle altre tipologie di centri. Alcuni CPSA (a giugno 2016: Lampedusa, Trapani, Pozzallo e Taranto) vengono utilizzati nel programma Relocation come "*Hotspot*".
Centri di Prima Accoglienza (CPA)	D. Lgs 142/2015 art. 9	Nei centri di prima accoglienza il richiedente è accolto per il tempo necessario, all'espletamento delle operazioni di identificazione, ove non completate precedentemente, alla verbalizzazione della domanda, nonché all'accertamento delle condizioni di salute
Strutture temporanee d'accoglienza già Centri di accoglienza straordinaria **(CAS)**	D.Lgs 142/2015 art. 11	Sono strutture temporanee appositamente allestite presso cui i Prefetti possono disporre l'accoglienza dei richiedenti asilo in caso di mancanza di posti nei centri di prima accoglienza o nei centri SPRAR
Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) per adulti e famiglie	L. 189/1990 art.1 sexies D.Lgs 142/2015 art.14	Il sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR) è la rete degli enti locali che, per la realizzazione di progetti di accoglienza integrata, accedono alle risorse del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo e che, per l'attuazione dei loro interventi, si avvalgono della collaborazione delle realtà del terzo settore.
Centri di Prima accoglienza per Minori stranieri non accompagnati	D.Lgs 142/2015 art.19	Si tratta di centri di prima accoglienza ad alta specializzazione per MSNA provenienti da sbarchi o rintracciati sul territorio a seguito di eventi di sbarco. Nei Centri di prima Accoglienza i minori vengono ospitati per un periodo temporaneo (massimo 60 giorni) in attesa di essere trasferiti in centri SPRAR di seconda accoglienza. Durante tale periodo, tenendo come considerazione preminente il Superiore Interesse del minore, saranno svolte una serie di attività fra le quali il perfezionamento della sua identificazione (con eventuale accertamento dell'età), colloqui conoscitivi per approfondire la specifica esperienza del minore, screening medico-sanitari, richiesta di nomina del tutore e attività di consulenza e informazioni legale

(continua)

Tipologia di Strutture di accoglienza per migranti in Italia	Riferimenti normativi	Principali caratteristiche
Centri SPRAR di seconda accoglienza per minori stranieri non accompagnati	D.Lgs 142/2015 art. 19	Una volta terminata la permanenza nei centri di prima accoglienza, i minori saranno trasferiti in centri SPRAR specifici per minori, per la loro presa in carico fino al raggiungimento della maggior età. Tale termine, come previsto dalle linee guida SPRAR, può essere prorogato fino ad un massimo di ulteriori sei mesi nel caso di neomaggiorenni RTP ovvero di neomaggiorenni per i quali ricorrano le condizioni previste dall'art. 32 del Decreto legislativo 286\1998
Strutture di accoglienza per minori, facenti capo agli Enti Locali	Legge 328/2000	Strutture di accoglienza facenti capo agli Enti Locali
Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE)	D. Lgs 286/1998 art.14 D.Lgs 142/2015 art.6	Nei Centri di Identificazione ed Espulsione sono ospitati i migranti irregolari per il tempo strettamente necessario ad eseguire l'ordine di allontanamento. In alcuni casi espressamente previsti dalla legge (art. 6, D.Lgs 142/2015) anche i richiedenti asilo possono essere trattenuti presso un CIE. Ai sensi dell'art. 7, comma 5, del medesimo decreto non possono essere trattenuti richiedenti le cui condizioni di salute sono incompatibili con il trattenimento.

2.5 La normativa relativa all'assistenza sanitaria per richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria

La Costituzione Italiana sancisce il diritto alla tutela della salute per tutti gli individui presenti in Italia, anche per interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti (art. 32). Tale indicazione pregnante si è tradotta concretamente con alcune norme generali come ad esempio l'istituzione del SSN – Servizio Sanitario Nazionale - o con la definizione dei LEA – Livelli Essenziali d'Assistenza -, e con norme specifiche per l'assistenza sanitaria agli stranieri contenute nel Testo Unico sull'immigrazione[17]. La Costituzione all'articolo 3 specifica anche che la Repubblica si impegna per "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana". Dal 2001, con la riforma del titolo V della Costituzione, alcune competenze, come quelle sull'organizzazione e sull'accesso ai servizi sanitari, sono state decentrate e passate alle Regioni e Province Autonome

[17] Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, *"Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, n. 191 del 18 agosto 1998 - Serie generale. Articoli 34 e 35. Decreto Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, *"Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286"*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale, n. 258 del 3 novembre 1999 - Serie generale. Articoli 42 e 43. Circolare Ministero della Sanità del 24 marzo 2000, n. 5.

(P.A.) lasciando allo Stato il compito di definire i livelli essenziali delle prestazioni da garantire uniformemente sul territorio nazionale, mentre altre, come il tema dell'immigrazione e della richiesta e riconoscimento di protezione internazionale, sono rimaste in capo allo Stato. Ciò ha prodotto da una parte una grande eterogeneità applicativa delle norme sanitarie nazionali che, pur essendo decisamente inclusive, sono state declinate in modo diversificato in rapporto ai vari governi locali, e dall'altra c'è tuttora una confusione applicativa in quanto, soprattutto sul tema della protezione internazionale, si verifica una incoerenza tra interpretazioni di amministrazioni differenti. Per porre fine a tale eterogeneità applicativa il tavolo tecnico "Immigrazione e servizi sanitari" della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome (P.A.), ha predisposto un documento dal titolo "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" come "autentica interpretazione" delle normative in essere coerentemente con il mandato costituzionale. Il documento è stato approvato dalla Conferenza Stato Regioni e P.A. (rep. Atti n. 255/CSR/2012) e successivamente pubblicato in Gazzetta Ufficiale (S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013).
I richiedenti protezione internazionale, in base alla normativa vigente precedentemente citata, devono essere obbligatoriamente iscritti al SSN anche durante il periodo in cui aspettano il permesso di soggiorno, facendo fede il documento C3 rilasciato al momento della domanda. Tuttavia, persistendo delle problematiche d'iscrizione al SSN, ad esempio per il mancato rilascio del Codice Fiscale, il legislatore ha previsto[18] che, anche in questa fase, il richiedente protezione internazionale debba essere comunque tutelato dal SSN attraverso l'utilizzo del codice STP (codice generalmente utilizzato per garantire assistenza sanitaria agli immigrati non in regola con il permesso di soggiorno[19]) per la registrazione delle prestazioni effettuate. Tale modalità, se non evitabile attraverso idonei accordi tra le diverse amministrazioni, deve essere utilizzata per un periodo limitato, in quanto il livello di tutela sanitaria ed integrazione socio-assistenziale che rende possibili non sono adeguati alla possibile complessità assistenziale di cui le persone sono portatrici. Coloro che ricevono una qualsiasi forma di protezione (permesso di soggiorno come rifugiato, protezione sussidiaria, motivi umanitari) sono anch'essi iscritti obbligatoriamente al SSN per tutta la durata del loro permesso di soggiorno e nelle more del periodo di rinnovo del permesso stesso. L'iscrizione obbligatoria è estesa anche ai familiari, regolarmente presenti ed a carico. Il richiedente protezione internazionale a cui viene respinta la domanda e presenta ricorso, è iscritto al SSN fintanto non si arrivi a definizione della propria posizione. Coloro cui alla fine di tale procedura non viene riconosciuta alcuna forma di protezione, devono comunque essere assistiti attraverso il codice STP.
Per il richiedente protezione internazionale sono previsti i codici di esenzione dalla partecipazione alla spesa (ticket) per patologia, reddito (sotto i 6 anni e sopra i 65) e gravidanza, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Sono altresì esentati almeno per i primi sessanta giorni dalla data di inizio validità del permesso di soggiorno.

---

[18] Decreto Legislativo 18 agosto 2015 n. 142, *"Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale".* Gazzetta Ufficiale, n. 214 del 15 settembre 2015. Articolo 21, comma 1.

[19] Decreto Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394, articolo 43, comma 3.

Tabella 6 - Principali indicazioni normative per l'accesso al SSN

Norma di riferimento	Livello d'assistenza	Beneficiario
Legge 286 del 25 luglio 1998, art. 34 (Testo Unico immigrazione: TU)	Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA	*Gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno … per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo.*
Accordo Stato Regioni e Province Autonome, Atti 255/CSR del 20 dicembre 2012	Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA	*Motivi del soggiorno che determinano l'iscrizione obbligatoria al SSR ai sensi nell'art. 34, comma 1 del TU e successiva normativa in materia:* • *… …* • *Asilo politico/rifugiato* • *Asilo umanitario-motivi umanitari-protezione sussidiaria* • *Richiesta di protezione internazionale* • *Richiesta di asilo (anche "Convenzione Dublino")* *In tutti i casi in cui il cittadino straniero sia in attesa di primo rilascio di permesso di soggiorno per uno dei motivi che determinano il diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR, si procede all'iscrizione temporanea sulla base della documentazione attestante l'avvenuta richiesta del permesso di soggiorno, ….*
Circolare Ministero della Sanità 5 del 24 marzo 2000	Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA	*Asilo politico; Asilo umanitario;* *Richiesta di asilo; … l'iscrizione obbligatoria riguarda coloro che hanno presentato richiesta di asilo sia politico che umanitario. Rientra in questa fattispecie la tutela del periodo che va dalla richiesta all'emanazione del provvedimento incluso il periodo dell'eventuale ricorso contro il provvedimento di diniego del rilascio del permesso di soggiorno e viene documentata mediante esibizione della ricevuta di presentazione dell'istanza alle autorità di polizia.*
Decreto Legislativo 142 del 18 agosto 2015, art. 21	*I richiedenti hanno accesso all'assistenza sanitaria secondo quanto previsto dall'articolo 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (*iscrizione obbligatoria al SSN – LEA*), fermo restando l'applicazione dell'articolo 35 del medesimo decreto legislativo nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale* (STP vedi sotto)	Immigrato che richiede protezione internazionale
Legge 286 del 25 luglio 1998, art. 35 e Accordo Stato Regioni e Province Autonome, Atti 255/CSR del 20 dicembre 2012	Tessera STP Stranieri Temporaneamente Presenti. *Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.* *Sono in particolare garantiti:* *a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;* *b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui Diritti del fanciullo del 20 novembre 1989;* *c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;* *d) gli interventi di profilassi internazionale;* *e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai;* *f) cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza*	*Gli STP, sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono di norma iscrivibili al SSR.* Immigrato senza permesso di soggiorno (mai avuto o scaduto e non rinnovato o diniegato e senza ricorso)

3. PERCORSO DI ASSISTENZA: DALL'INDIVIDUAZIONE ALLA RIABILITAZIONE

Questo capitolo affronta il percorso di assistenza a partire dall'individuazione precoce di persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. L'individuazione precoce rappresenta un valido presupposto per la prevenzione dello sviluppo di problematiche psicopatologiche e di altre patologie e costituisce una premessa necessaria per l'attivazione di una serie di azioni rivolte alla salute della persona. Il capitolo approfondisce le specificità dei disturbi nei rifugiati vittime di tortura, stupro e altre forme di violenza presentando tabelle sinottiche dei sintomi e disturbi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD). Un'attenzione particolare viene dedicata all'approccio multidisciplinare integrato, quale presupposto per lo sviluppo di funzioni mirate a sostenere percorsi adeguati di assistenza e riabilitazione per le vittime di tortura. Un articolato focus viene dedicato ai minori stranieri sopravvissuti a traumi estremi e violenza intenzionale. Il capitolo si chiude con un quadro sinottico per un adeguato percorso per i minori stranieri non accompagnati, suddiviso tra le diverse fasi dell'accoglienza e le diverse procedure, compresi i relativi riferimenti normativi.

Come per altre tipologie di immigrati, i richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria non rappresentano un gruppo omogeneo, essendo portatori di differenti esperienze e aspettative di salute e di assistenza. Le loro problematiche di salute infatti dipendono, oltre che da eventi traumatici, dalla caratterizzazione epidemiologica di malattie presenti nel paese di provenienza e dalla esposizione a fattori di rischio durante il percorso migratorio e post migratorio, quest'ultimo modulato dalle complessive capacità di accoglienza e tutela dei paesi di arrivo. I RTP che giungono nel nostro paese sono spesso caratterizzati dal cosiddetto "*effetto migrante esausto*": a causa di traumi multipli subiti, le persone possono presentare un elevato grado di sofferenza fisica e psichica. Alcuni problemi di salute, in particolare le malattie parassitarie e nutrizionali, sono determinate dal Paese di provenienza o dalle condizioni di viaggio e possono variare tra i diversi gruppi di RTP. Lo stress reattivo alle violenze subite può determinare nelle vittime anche una serie di reazioni psico-neuro-endocrino-immunologiche provocando un aumento della suscettibilità alle infezioni e alle malattie croniche. Talvolta i segni e i sintomi dipendenti dalle violenze intenzionali possono evidenziarsi anche a notevole distanza di tempo dal trauma ed inoltre occorre considerare l'effetto transgenerazionale del trauma.
Tra il 2014 e il 2015, nell'ambito degli arrivi via mare, attraverso la rotta del Mediterraneo centrale, è stato registrato un flusso in ingresso di circa 320,000 persone. Nonostante lo sforzo profuso dalle autorità nazionali ed internazionali nell'ambito delle operazioni di ricerca e soccorso in mare, sono stati registrati numerosi casi di naufragio che hanno determinato un numero di vittime stimabile in più di 7,000 persone decedute o disperse.
Nell'ambito degli arrivi via mare, l'accesso al territorio avviene principalmente attraverso operazioni di sbarco, successive alle attività di ricerca e soccorso, organizzate con la partecipazione di diversi attori, istituzionali e non, finalizzata anche ad una pronta assistenza all'arrivo. In tal senso, le dinamiche che caratterizzano il viaggio verso le coste italiane e l'alta probabilità che le persone subiscano significativi traumi durante il viaggio nei paesi di transito e in mare richiedono l'impiego sistematico, già nella fase di sbarco, di personale specializzato in psicologia d'emergenza, per approntare l'adeguata e tempestiva assistenza e le necessarie segnalazioni (*Early Identification).*
L'esperienza maturata nella gestione delle operazioni di sbarco e le relative attività di prima assistenza conferma la presenza di persone con diversi profili di vulnerabilità, per le quali si impongono considerazioni di pronta identificazione e segnalazione alle autorità competenti, per la successiva eventuale presa in carico, anche in conformità con le più recenti previsioni normative del D.Lgs 142/2015.
Alcune vulnerabilità–minori non accompagnati, genitori soli, persone anziane, sopravvissuti a naufragio-possono risultare immediatamente individuabili durante la fase dello sbarco. In altri

casi–come per le vittime di tortura o trauma estremo– le vulnerabilità non sono rilevabili durante le procedure di soccorso e identificazione al porto, spesso caratterizzate da tempo limitato e *setting* inadeguato. Ciononostante, anche in questa fase, possono essere osservati episodi indicativi di una condizione di disagio e sofferenza, che è opportuno riportare al personale sanitario e agli operatori dei centri d'accoglienza al fine di assicurare un trattamento precoce. A tal fine risulta necessaria l'adozione di procedure operative, con il coinvolgimento degli operatori sanitari, che includano la registrazione di tutti i segnali o elementi indicativi di una potenziale vulnerabilità e che consentano il regolare flusso delle informazioni a tutti i soggetti competenti.
Nel caso di vulnerabilità acclarate, o laddove si richiedano ulteriori valutazioni, si rende necessario l'immediato trasferimento delle persone in centri d'accoglienza dotati di servizi adeguati, anche al fine di predisporre gli ulteriori approfondimenti per una compiuta individuazione della vulnerabilità, in collaborazione con le ASL competenti per territorio.

3.1 Individuazione Precoce e Prevenzione delle problematiche psicopatologiche

La tortura non è immediatamente e facilmente riconoscibile specie quando, come nella maggior parte dei casi, non ha lasciato esiti visibili sul corpo e per essere individuata necessita di particolari condizioni ambientali e di relazione. Essa non ha come fine prevalente quello di estorcere la confessione dell'interrogato, ma si propone *di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla di quella struttura di identità che la definisce come persona*[20]: è una forma di violenza non confrontabile con alcuna esperienza traumatica.
Le "vittime di tortura" si confondono nella moltitudine degli immigrati, ma la loro storia, la loro diversità li rende ancora più vulnerabili: lo sradicamento che hanno subito è intimo, oltre che geografico e sociale. In atto non esistono dati complessivi sulla loro presenza in Italia, soprattutto a causa delle difficoltà esistenti nel fare emergere le loro storie e il loro vissuto così spesso invisibili. A tale difficoltà bisogna aggiungere le diversità linguistiche e culturali: esprimere pensieri, sensazioni, ricordi, già di per sé difficili da elaborare, in una lingua diversa dalla propria aggrava il disagio delle vittime. Il ricorso ad una visita medica specialistica con clinico esperto in ambito di cura psicofisica delle vittime di tortura, alla presenza di un mediatore culturale adeguatamente formato, risulta spesso indispensabile. L'attenzione rivolta a far emergere queste sofferenze, spesso trascurate o tenute nascoste, si deve tradurre in interventi integrati medico-psicologici e quindi in valutazioni e procedure specifiche in campo giuridico.
Fondamentale la possibilità di intervento in tempi adeguatamente brevi e la predisposizione di strutture di prima accoglienza dotate di personale formato, anche in materia di educazione ai diritti umani, in grado di individuare eventuali segnali di vissuti traumatici.
La fragilità sociale di molti Paesi di provenienza suggerisce un'attenzione particolare verso le donne che sono, tra l'altro, maggiormente esposte al rischio di divenire vittime della tratta di esseri umani, proprio per la caratterizzazione femminile della povertà e della marginalità sociale e lavorativa.
Inoltre, durante il viaggio soprattutto le donne sono spesso costrette a subire violenze e abusi, ciò sta determinando con frequenza l'arrivo di donne, anche giovanissime, che sbarcano sulle nostre coste in gravidanza e con infezioni sessualmente trasmissibili.
Le problematiche del percorso migratorio hanno una profonda influenza sulle condizioni psico-fisiche dei richiedenti asilo e rappresentano un rischio aggiunto per eventuali patologie infettive legate al degrado e all'abbandono.

---

[20] Marcelo Vignar (sentire Santone)

3.1.1 Presupposti e finalità dell'individuazione precoce

Tutti i rifugiati sono da considerarsi come soggetti potenzialmente vulnerabili, poiché l'esilio è di per sé un'esperienza di tipo traumatico. La particolare vulnerabilità e il bagaglio di sofferenza di cui è portatore ogni rifugiato, non necessariamente e automaticamente però si traducono in disturbi psicopatologici.

I RTP vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra natura (prolungate prigionie in isolamento e/o in condizioni disumane e degradanti, naufragi, testimoni di morti violente, etc.) possono presentare quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici. Questa tipologia di rifugiati deve essere considerata ad alta vulnerabilità ed è perciò necessario mettere in atto azioni e procedure specifiche mirate all'individuazione precoce di queste persone. L'individuazione rappresenta il presupposto indispensabile per garantire al maggior numero possibile dei richiedenti sopravvissuti a violenze estreme, una corretta e precoce valutazione clinico-diagnostica, che indirizzi verso un'appropriata e tempestiva presa in carico medica, psicologica e sociale.

Diversi studi indicano che circa il 25-30% dei rifugiati ha subito esperienze di tortura, stupro o altre forme di violenza estrema. Queste sono forme di esperienze traumatiche che rientrano nella categoria dei cosiddetti "traumi estremi". I traumi estremi sono traumi di natura interpersonale, ripetuti o prolungati nel tempo, subiti in regime di coercizione o di impossibilità alla fuga. Attualmente si stima che il 33-75% dei sopravvissuti a traumi estremi, sviluppino, nel periodo successivo all'esperienza traumatica, un disturbo francamente psicopatologico, che impatterà anche sulle generazioni successive (tortura transgenerazionale).

Le esperienze traumatiche estreme possono determinare, oltre ai sintomi comuni del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder), anche altre conseguenze psicopatologiche specifiche e complesse. In particolare: disturbi dissociativi psichici e somatici, tendenza alla re-vittimizzazione, perdita del senso di sicurezza e del senso di sè, disturbi da iperarousal, disturbi affettivi e relazionali. Questo particolare quadro sindromico viene attualmente riconosciuto come un'entità clinico-diagnostica specifica definita "PTSD con dissociazione" o come "Complex PTSD".

Le manifestazioni cliniche dei disturbi post-traumatici complessi (depersonalizzazione, de realizzazione, assorbimento immaginativo, disturbi mnesici e cognitivi, etc.) differentemente dalle manifestazioni caratteristiche di altri quadri psicopatologici, sono multiformi e insidiose e, per loro stessa natura, difficilmente rilevabili e diagnosticabili, specialmente per medici e psicologi senza una specifica formazione ed esperienza. In questi casi il rischio di misconoscimento o di una diagnosi errata risulta molto elevato. I disturbi possono rimanere misconosciuti e latenti anche per lunghi periodi di tempo. Non è raro che un disturbo post-traumatico complesso non diagnosticato sia la causa dei ripetuti e prolungati fallimenti di un richiedente asilo nel suo percorso d'integrazione/autonomia.

Di notevole importanza, soprattutto per le ricadute cliniche, è l'andamento della storia naturale dei disturbi post-traumatici complessi. Essi, infatti, hanno la tendenza, in assenza di una corretta diagnosi e di interventi terapeutici adeguati e specifici, a cronicizzare o ad evolvere verso un progressivo peggioramento.

La tempestività di un trattamento adeguato in servizi con competenze specialistiche è quindi cruciale per il futuro di queste persone e ha come presupposto indispensabile una precoce e corretta diagnosi.

Per quanto detto finora, risulta strategico mettere in atto un efficace programma per l'individuazione precoce dei richiedenti asilo che presentano un'alta probabilità di avere vissuto esperienze di tortura, stupro o altre violenze estreme.

Tali procedure rappresentano una vera e propria *conditio sine qua non* per garantire, al maggior numero possibile di richiedenti sopravvissuti a tortura e altre violenze estreme, la restituzione

delle condizioni psico-fisiche indispensabili per affrontare, al pari degli altri richiedenti, il difficile percorso verso l'integrazione e l'autonomia.
Il programma per l'individuazione precoce è fondamentale per promuovere un processo di accoglienza dei richiedenti asilo in accordo con la legislazione nazionale sull'asilo.

3.1.2 Programma per l'individuazione precoce

Generalità

Il programma per l'individuazione precoce deve riguardare i richiedenti arrivati di recente sul territorio nazionale, particolarmente i casi che fin dall'arrivo sembrano presentare elementi che indichino la probabilità che il richiedente abbia subito gravi esperienze traumatiche. Qualora la condizione di vittima emerga in un periodo successivo, le attività previste in questo paragrafo saranno da applicare anche in una fase più tardiva.
Le attività finalizzate a favorire l'individuazione precoce dovrebbero iniziare, compatibilmente con i diversi contesti di arrivo, il prima possibile, con un colloquio con il personale medico-psicologico della struttura ospitante (2° livello), anche con il coinvolgimento degli operatori non sanitari (1° livello). Ogni persona individuata dal 2° livello come probabile vittima di tortura o violenza estrema, sarà segnalata e indirizzata, per un'accurata valutazione clinico-diagnostica e per una eventuale presa in carico, ai servizi del SSN con competenze specialistiche (3° livello), o ad altre strutture, da esso riconosciute, con esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei RTP, al fine di evitare un deterioramento psichico e/o la cronicizzazione dei quadri clinici (psicologici e somatici) e di adattare le condizioni di accoglienza e le procedure di asilo ai loro bisogni specifici. Fin dall'inizio si terrà conto delle questioni e delle esigenze di genere del richiedente protezione internazionale.

1° Livello

Le attività previste in questo livello tendono tutte a supportare e favorire una prima rilevazione del maggior numero di richiedenti in cui sia ipotizzabile una storia segnata da traumi e violenze estreme e/o una sofferenza psichica o fisica conseguente ad essi. In questa fase il riconoscimento si baserà su quanto spontaneamente emerso e su quanto rilevato attraverso un'osservazione e/o un ascolto partecipato e strutturato.
Questo primo livello di intervento trova il suo compimento nella segnalazione dei richiedenti presumibilmente vittime di violenze estreme, al medico e allo psicologo del Centro di accoglienza.
Tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti nelle attività del Centro di Accoglienza, dovrebbero collaborare, tenendo conto delle diverse mansioni e competenze, in queste attività. In particolare si ritiene che, dopo una breve formazione specifica, gli operatori socio-assistenziali, gli infermieri, gli assistenti sociali, gli assistenti legali, i mediatori culturali ed eventualmente altri operatori, possano essere messi in grado di cogliere e riconoscere alcuni semplici indizi e segnali (comportamentali, relazionali, di comunicazione verbale e non-verbale, ecc.) osservabili durante lo svolgimento del loro lavoro con i richiedenti e in vari modi riconducibili a vissuti traumatici. Saranno analogamente valorizzati quei contenuti narrativi che, in modo diretto o indiretto, si riferiscano a esperienze traumatiche vissute dal richiedente.
Le persone per le quali sulla base delle attività suddette, si arrivi a supporre la presenza di pregresse esperienze traumatiche estreme, saranno invitate a un colloquio con il personale medico-psicologico della struttura ospitante .
In particolare, considerata l'elevata vulnerabilità sociale delle donne migranti, gli operatori della prima accoglienza devono considerare le donne quali soggetti ad elevato rischio attuale e/o pregresso di violenze e valutare il loro eventuale invio al colloquio con il personale medico-

psicologico, adeguatamente formato al riconoscimento della violenza di genere [21]

2° Livello

Il medico e lo psicologo della struttura ospitante o di riferimento del Centro di accoglienza, attraverso alcuni colloqui ed eventualmente con il supporto di strumenti specifici per l'individuazione precoce (questionario, intervista semi-strutturata, etc), valuteranno il grado di vulnerabilità e la probabilità che il soggetto abbia vissuto esperienze di tortura o altre forme di violenza estrema, oltre a indicare l'eventuale urgenza per il successivo invio presso Servizi specialistici (3° Livello).

Il colloquio dovrà essere gestito in modo empatico, il medico e lo psicologo del Centro, attraverso la costruzione di una relazione che favorisca l'ascolto e crei le condizioni che facilitino l'emersione della sofferenza, iniziano un percorso di riconoscimento dei segni e dei sintomi riconducibili agli eventi traumatici che potrà portare alla presa in carico clinico-terapeutica della fase successiva. Per le donne, in relazione alle linee di indirizzo internazionale ed europeo, deve essere prevista l'accoglienza da parte di personale femminile, attento alla violenza di genere.

L'utilizzo di uno strumento specifico per l'individuazione precoce dei sopravvissuti a tortura e traumi estremi dovrà essere limitato al personale medico e psicologico del Centro di accoglienza e preceduto da un breve training finalizzato al suo corretto uso: non deve richiedere specifiche competenze nelle patologie post-traumatiche; non sostituisce, bensì supporta, il colloquio clinico; non deve essere considerato come un test diagnostico; non può essere utilizzato al fine della determinazione dello status legale di una persona; non può essere utilizzato per limitare i diritti nella fase successiva del procedimento legale.

Qualsiasi strumento specifico di supporto alla individuazione, dovrà comunque presentare i requisiti idonei alle finalità richieste, avere ottenuto adeguate verifiche clinico-metodologiche e deve essere validato statisticamente e standardizzato in ambito clinico-scientifico.

3° Livello

I RTP, individuati sulla base delle procedure di cui sopra, saranno tempestivamente inviati, tenendo conto del livello d'urgenza segnalato dai medici e dagli psicologi del Centro d'accoglienza, presso strutture sanitarie, con adeguate competenze specialistiche, del SSN o da esso riconosciute, per la conferma diagnostica e la presa in carico terapeutica adeguata e tempestiva.

Tali strutture sanitarie avvieranno percorsi multidisciplinari integrati (vedi paragrafo 3.2) nell'ambito dei servizi disponibili del SSN che può avvalersi di Associazioni e altre Istituzioni operanti sul territorio, individuate sulla base di precisi criteri di competenza ed esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche nei RTP, di attenzione agli aspetti relativi alla multiculturalità, ai diritti umani e al genere, di multidisciplinarità e di collaborazione con servizi dedicati ai RTP.

In particolare per le donne, riconosciute come vittime di violenza o vittime di tratta, le attività terapeutiche e di riabilitazione potranno essere svolte in collaborazione con i servizi territoriali dedicati alla violenza di genere e i programmi di protezione per le vittime di tratta.

3.1.3 La Prevenzione delle problematiche psicopatologiche

Le esperienze traumatiche esperite nei paesi di origine dei RTP che arrivano in Italia si associano ad esperienze di assoggettamento alle organizzazioni dei trafficanti che usualmente adottano pratiche

[21] European Parliament resolution of 8 March 2016 on the situation of women refugees and asylum seekers in the EU (2015/2325(INI)). Il testo adottato indica la necessaria diligenza che uno stato deve attuare nel valutare il rischio che le donne corrono nei percorsi migratori, con particolare riferimento al rischio violenza e tratta. Si precisa inoltre che le strutture di accoglienza devono avere personale esperto in violenza di genere.

crudeli, degradanti nonché vessazioni che si protraggono nel paese di accoglienza come la tratta a scopi sessuali o lavorativi e la schiavitù.
Donne e minori rappresentano in questo gruppo, già di per sé estremamente vulnerabile, una fascia particolarmente esposta e particolarmente fragile in quanto maggiormente soggetta a questo tipo di vessazioni e violenze sia nel paese di origine che in quelli di transito e di arrivo.
Come evidenziato da ampia letteratura scientifica, l'esposizione a gravi difficoltà nella fase migratoria e post-migratoria, tra cui le modalità e i vissuti traumatici del viaggio, il mancato accesso all'accoglienza o un'accoglienza tardiva, precaria o nella quale sono fortemente carenti i servizi di orientamento e sostegno psico-sociale, sono alla base del cosiddetto effetto di "ritraumatizzazione secondaria" che può coinvolgere un numero assai elevato di richiedenti asilo.
Anche a tal fine è opportuno che qualora l'individuazione avvenga all'interno di un centro collettivo di prima accoglienza, il RTP vittima di tortura sia trasferito immediatamente in un centro SPRAR.
Le dimensioni dell'accoglienza (luoghi, modalità, strutturazione degli spazi e dei tempi) costituiscono per le vittime di tortura un fattore di cruciale importanza giacché possono favorire o ostacolare e persino inibire il processo stesso di "emersione" della sofferenza post traumatica. È necessario, dunque, che il luogo di accoglienza sia, per quanto possibile, adeguato e allo stesso tempo accogliente, rispettoso e rassicurante e permetta alla persona, in particolare donne e minori, di iniziare o continuare il proprio percorso riabilitativo in un ambiente idoneo.
Mentre gli interventi di prevenzione primaria sono da individuarsi nelle politiche internazionali e locali per la sicurezza, la giustizia e la protezione sociale nei Paesi d'origine e di transito, la responsabilità della prevenzione secondaria riguarda il paese d'approdo e si esplicita nella capacità di offrire condizioni di vita dignitose e relazioni adeguate in tutti gli ambiti dell'accoglienza e di garantire ambienti e *setting* non ritraumatizzanti e gli interventi sanitari appropriati per l'individuazione precoce e i conseguenti trattamenti clinico-assistenziali.
Di notevole importanza nella prevenzione è la creazione di canali di ingresso legali es. politiche di reinsediamento-r*e-settlement*, che tutelino il rifugiato da possibili violenze e nuove traumatizzazioni.

3.1.4 Elementi di base nel contesto di accoglienza e nella relazione

Fin dal primo momento dell'accoglienza, l'atteggiamento dell'operatore deve essere empatico e di supporto, non giudicante né curioso/voyeuristico, soprattutto nella fase della raccolta delle informazioni, ove necessario, sui motivi della fuga. Bisogna creare un clima di fiducia tale che la persona possa sentire di poter comunicare anche le sue esperienze più problematiche e, in ambito clinico, possa liberamente utilizzare propri modelli esplicativi della sofferenza e del sintomo.
Considerata la complessità dei bisogni dei RTP e le conseguenze sulla salute che questi possono determinare è importante svolgere un lavoro di rete coinvolgendo tutti gli attori istituzionali e non, presenti sul territorio.
In alcuni casi è possibile che nel contesto di accoglienza la persona instauri modalità relazionali culturalmente difformi da quelle abituali dell'operatore che, quindi, richiedono una specifica preparazione. E' importante che ci sia continuità nelle figure di riferimento, limitando per quanto possibile il *turn-over* del personale.
Tale intervento dovrà tenere conto della dimensione di genere e nel caso di donne e ragazze si dovrebbe quindi rendere disponibile, in ogni fase del percorso, personale femminile appositamente formato.
La relazione deve essere "trasparente", anche al fine di instaurare un clima di fiducia e collaborazione: si sottolinea l'importanza di informare la persona dei propri diritti e dei doveri, in modo semplice e chiaro, e di definire il ruolo di ogni attore coinvolto, verificandone la comprensione. In ambito clinico un obiettivo rilevante è di far sentire il paziente parte attiva del

processo terapeutico, evitando così di creare un ambiente ritraumatizzante.
In genere, soprattutto nelle fasi di presa in carico terapeutica, è bene avere un approccio attivo nell'avviare e mantenere la relazione con il paziente ad es. in certi casi può esser necessario ricordare l'appuntamento.
È indispensabile che i colloqui relativi al proprio vissuto traumatico (colloquio con gli operatori sanitari e legali, operatori dei centri, ecc.) avvengano in modo coordinato tra gli operatori per evitare la sovraesposizione alle memorie traumatiche e si svolgano in locali idonei e accoglienti, poco rumorosi ed esposti a luce naturale, che garantiscano la necessaria riservatezza.

3.2 L'approccio multidisciplinare integrato

La presa in carico deve prevedere un approccio integrato, multidisciplinare e multi dimensionale, con interventi che si realizzano in tappe successive: accoglienza, orientamento, accompagnamento.
A tal fine è necessaria, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, la definizione di un percorso terapeutico assistenziale che abbia carattere multidisciplinare, chiave di volta dell'assistenza e della riabilitazione delle vittime di tortura, che integri professionalità socio-sanitarie e giuridiche dei servizi territoriali pubblici, degli enti gestori e del privato sociale, ove presente.
Le molteplici esigenze connesse alla presa in carico socio-sanitaria dei RTP richiedono di:

1) mantenere la regia da parte dei servizi sociosanitari pubblici di programmi di assistenza e riabilitazione delle vittime di tortura garantendo nello stesso tempo l'interazione stretta tra l'ambito più propriamente "sociale" e quello più propriamente "sanitario" e assicurando un approccio multidisciplinare;
2) rendere consapevole i decisori istituzionali e il personale operante nei differenti contesti di riferimento che la presenza della vittima di tortura o di gravi violenze, costituisce un fenomeno sociale di ampia portata che richiede una risposta nuova in termini di competenze possedute dal sistema socio-sanitario e di accessibilità e fruibilità dei servizi da parte dei destinatari.

E' auspicabile la creazione di accordi formali tra i diversi enti del territorio, in sinergia tra servizio pubblico e privato sociale, in modo da regolamentare funzioni e prassi condivise affinché i percorsi di prevenzione, emersione cura e riabilitazione abbiano carattere non differito e continuativo.
Nell'organizzazione del percorso multidisciplinare è necessario prima di tutto delineare le funzioni e i ruoli delle diverse figure professionali coinvolte, nonché gli strumenti necessari. A prescindere dai singoli professionisti presenti è necessario che, all'interno del percorso multidisciplinare, siano rappresentate le diverse aree di competenza:

- area "Sanitaria"
- area "Sociale "
- area "Giuridica"
- area "Mediazione"

Non esiste un modello standard, ne è prescrivibile un determinato assetto. Sicuramente la presa in carico di RTP vittime di tortura pone la necessità di integrare funzioni, e quindi professionalità, sanitarie, sociali, e giuridiche e di coordinarne le attività anche in relazione ai servizi del territorio.

3.2.1 Figure professionali e obiettivi del percorso multidisciplinare

Le figure professionali che possono partecipano al percorso multidisciplinare sono molteplici ma tutte devono essere adeguatamente formate ai diritti umani, ad un approccio transculturale e multidisciplinare; tali figure devono afferire all'ambito sanitario, sociale, legale e della mediazione linguistico-culturale.

A titolo di esempio:

- medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
- psichiatra/neuropsichiatra infantile
- psicologo/psicologo dell'età evolutiva
- infermiere
- ostetrica
- operatore sociale (assistente sociale, operatore dell'accoglienza, educatore di comunità)
- operatore legale
- mediatore linguistico-culturale

A seconda delle necessità possono essere previste altre figure sanitarie specialistiche (es. ginecologa, infettivologo, fisioterapista, ortopedico, neurologo, odontoiatra), ed eventualmente sociologi, antropologi e prevedere un'adeguata presenza di personale femminile. Nell'ambito del percorso multidisciplinare si sottolinea l'importanza di individuare e attivare la funzione di Case Management (CM), volta a garantire l'accompagnamento nei percorsi socio-sanitari e a migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi offerti nonché l'efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Nell'ambito del percorso multidisciplinare vengono individuati i seguenti obiettivi:

- ✓ valutare le situazioni vulnerabili che vengono segnalate da strutture sanitarie, enti pubblici e associazioni e predisporre proposte di percorsi specifici di presa in carico socio-sanitaria ed assistenziale;
- ✓ sostenere la persona vittima di tortura attraverso una risposta multidisciplinare ed integrata di tipo clinico, assistenziale, relazionale e di integrazione sociale mirata a favorire percorsi di autonomia;
- ✓ garantire alla persona vittima di tortura accesso alla rete dei servizi (emersione e diagnosi, cura e riabilitazione) in funzione delle specifiche esigenze;
- ✓ ampliare la rete di referenze sul territorio e utilizzare strumenti idonei per affrontare le situazioni di vulnerabilità sociale e sanitaria in modo efficace accessibile, sostenibile ed in tempi adeguati;
- ✓ supportare il quotidiano lavoro degli operatori del territorio, offrendo opportunità di formazione, aggiornamento, supervisione, consulenza specifiche.
- ✓ esaminare le richieste di certificazione degli esiti fisici e psichici delle violenze subite dai RTP.

A livello locale è necessaria una funzione di coordinamento di tutti gli attori coinvolti nelle attività socio-sanitarie e giuridiche, rivolte ai richiedenti asilo e rifugiati vittime di tortura.
Nell'ambito di tale funzione di coordinamento è auspicabile:

- ✓ predisporre interventi di prevenzione con particolare attenzione alle tematiche della salute degli operatori, che lavorano con i RTP, a rischio di traumatizzazione vicaria;
- ✓ promuovere programmi di formazione, inclusa la formazione sulla violenza di genere, rivolti al personale sanitario e sociale dell'azienda sanitaria, nonché al personale degli enti pubblici e degli enti gestori dei servizi di accoglienza e protezione dei RTP e ai mediatori linguistico - culturali;
- ✓ monitorare l'attuazione dei percorsi multidisciplinari elaborando un rapporto quali-quantitativo annuale sulle attività svolte e sulle principali problematiche riscontrate a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi da trasmettere alla Regione o Provincia autonoma che lo invierà il report regionale al Ministero della salute ai fini della redazione di un rapporto nazionale sull'attuazione delle presenti linee guida.

3.3 Specificità dei disturbi nei rifugiati vittime di tortura, stupro e altre forme di violenza

La tortura causa nelle vittime e spesso anche nei testimoni, conseguenze fisiche e psichiche di diversa gravità dipendenti principalmente dal tipo, dalla durata e dalla localizzazione delle violenze subite. Le conseguenze fisiche più frequenti sono a carico del sistema muscolo scheletrico e cutaneo.

Le persone esposte a gravi traumi prima e durante la migrazione presentano disturbi psichici in misura maggiore rispetto alla popolazione autoctona e ai migranti economici. Inoltre, le difficili condizioni di vita che si trovano ad affrontare, sia nelle fasi di arrivo sia dopo il riconoscimento di una qualsiasi forma di protezione, possono causare il cosiddetto effetto di "ritraumatizzazione secondaria" peggiorando la sintomatologia post-traumatica preesistente.

Il medico che nel percorso multidisciplinare si occupa della presa in carico del paziente richiedente asilo, indipendentemente dalla disciplina sanitaria di cui è specialista, deve avere una formazione specifica e avere eseguito un periodo adeguato di *training* presso strutture che si occupano in modo multidisciplinare ed elettivo della cura delle vittime di tortura.

La presenza di un mediatore culturale affidabile e competente in ambito sanitario è spesso indispensabile per far emergere pensieri, ricordi e sensazioni già di per se difficili da elaborare e comunicare.

La stretta collaborazione tra medico, psicologo e mediatore culturale è fondamentale in quanto difficile o impossibile è ricondurre la sofferenza ad un'origine solo psicofisica, perché condizionata, anche, da valori culturali e religiosi.

L' attenzione rivolta a far emergere queste sofferenze, spesso trascurate o tenute nascoste, si deve tradurre in interventi medico-psicologici nonché giuridici.

Per rendere concreti tali interventi sono necessari: la possibilità di eseguire esami clinici e radiologici, il trattamento medico e riabilitativo adeguato, l'ascolto psicologico specializzato e la definizione di un percorso psicoterapeutico (Articolo 14 della Convenzione ONU contro la Tortura).

La presa in carico degli assistiti è svolta, tenendo conto di ogni caso e della prospettiva di genere, da un medico di medicina generale, uno psichiatra, uno psicologo ed un medico legale, con la stretta collaborazione degli operatori sociali ed i mediatori linguistico culturali, in un approccio multidisciplinare che consente una migliore valutazione dei quadri clinici e della loro evoluzione e permette di migliorare la qualità dell'assistenza.

Nella pratica clinica rivolta a richiedenti asilo e rifugiati che hanno subito violenze estreme o torture, si riscontrano gravi disturbi del sonno con pensieri invasivi, crisi di depersonalizzazione. Si riscontra inoltre un' associazione particolare tra tortura e dolore cronico, in particolare intensa cefalea e sintomi dolorosi osteo-articolari e digestivi, senza che sia possibile evidenziare una causa organica, i così detti *unexplained pain*. Tale sintomatologia risulta poco responsiva alle terapie analgesiche e richiede un adeguato inquadramento all'interno della sindrome post-traumatica complessa.

Alla luce di queste acquisizioni, si conferma la necessità di un approccio integrato che vede la collaborazione del medico, dello psichiatra, dello psicologo, del fisioterapista e degli altri operatori che partecipano alla presa in carico della vittima di tortura. Il percorso intrapreso deve portare non alla semplice soppressione dei sintomi, come si può realizzare con una terapia farmacologica, ma al loro superamento.

In questa ottica va inquadrata anche la certificazione medico-legale che si realizza al termine del percorso di presa in carico. Pur consapevoli del rischio-beneficio e delle complesse problematiche etico-giuridiche legate alla certificazione medico-legale, tuttavia essa va vista come un passaggio complesso per il richiedente asilo ma importante nel processo di ricostruzione di quella credibilità che il torturatore intendeva annientare.

Nell'ambito del complesso percorso di inquadramento diagnostico delle vittime di tortura, in questo tipo di popolazione, la sindrome psicopatologica più frequente è il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), che spesso si manifesta anche con disturbi depressivi, d'ansia e somatoformi.

Un ulteriore livello di specificità dei quadri psicopatologici può essere riscontrato nelle popolazioni di persone richiedenti asilo o rifugiate sopravvissute ad esperienze di tortura.
Tali esperienze rientrano tra i traumi estremi, ovvero violenze interpersonali, ripetute o continuative, praticate in una condizione di coercizione e di deprivazione della libertà. L'aspetto relazionale e intenzionale del trauma estremo, rende queste esperienze profondamente diverse rispetto a traumi di altro tipo.
Qui vi è amplissima letteratura scientifica con studi replicati su popolazioni diverse per provenienza geografica, luogo di arrivo, condizioni di accoglienza. In generale in queste popolazioni la prevalenza di PTSD varia dal 9 al 50%.
L'ampia variabilità riscontrata è in gran parte dovuta, non tanto a caratteristiche intrinseche della popolazione studiata, quanto a differenze sostanziali nel percorso di vita post-migratorio.
Infatti, la prevalenza di PTSD e le difficoltà di funzionamento psicosociale sono minime nei rifugiati e richiedenti asilo che ricevono buoni percorsi di accoglienza e permessi di soggiorno senza scadenze temporali, rispetto a coloro che hanno visti temporanei e maggior rischio di espulsione.
Le percentuali più elevate di PTSD si riscontrano in coloro che nel paese ospite subiscono detenzioni e/o vengono rinchiusi in centri di espulsione. Ciò suggerisce ancora una volta l'importanza, per la psicotraumatologia, di percorsi di accoglienza che evitino la ritraumatizzazione secondaria.

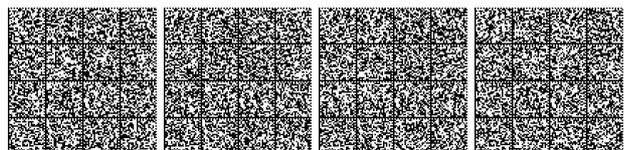



Tabella 7– Sintomi e disturbi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)

SINTOMI DEL DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO	
SINTOMI INTRUSIVI *(ricorrenti e associati, anche in modo subliminale, all'evento traumatico)*	• Incubi notturni • Flash Back • Pensieri Intrusivi e Memorie Automatiche • Sentirsi paralizzati dalla paura e/o aver voglia di scappare • Crisi d'ansia o di panico
SINTOMI di EVITAMENTO e ALTERAZIONI NEGATIVE di PENSIERI e EMOZIONI	• Ottundimento/distacco emotivo • Disturbi dell'attenzione • Riluttanza/impossibilità a parlare e rievocare le esperienze traumatiche • Incapacità/difficoltà nel sentire gioia o provare amore • Tendenza all'isolamento • Perdita di fiducia in sé e nel mondo
ALTERAZIONI MARCATE dell'AROUSAL e della REATTIVITA'	• Comportamenti impulsivi e/o autolesivi • Irritabilità, scoppi di rabbia e collera • Senso di persistente tensione, minaccia, irrequietezza, pericolo • Ipervigilanza e "Startle response" • Insonnia severa
DISTURBI FREQUENTEMENTE ASSOCIATI AL PTSD	
DISTURBI PSICOSOMATICI	• Cefalea • Sindrome da dolore cronico • Disturbi Gastrointestinali • Disturbi dell'Alimentazione • Disturbi dell'Apparato Genitale e della sfera sessuale
DISTURBI DEPRESSIVI	• Pianto • Astenia profonda/Faticabilità • Tristezza vitale/Anedonia • Sensi di colpa e autosvalutazione Disperazione, Ideazioni suicidiarie
DISTURBO da ABUSO DI SOSTANZE	• Dipendenza da alcolici, sostanze psicotrope, farmaci

Se da un lato le vittime di violenza interpersonale mostrano una maggiore incidenza dei disturbi precedentemente menzionati, studi sempre più numerosi indicano la presenza di un'associazione specifica tra esperienze di tortura e l'insorgenza di sindromi post-traumatiche complesse, inquadrate come PTSD con Dissociazione nel DSM-5 o come Complex PTSD nella versione preliminare dell'ICD-11.

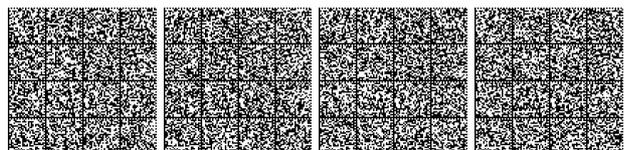
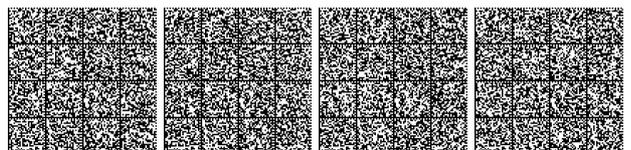



Tabella 8– Sintomi e disturbi nel Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso - Complex–PTSD (PTSD con Dissociazione secondo DSM 5)

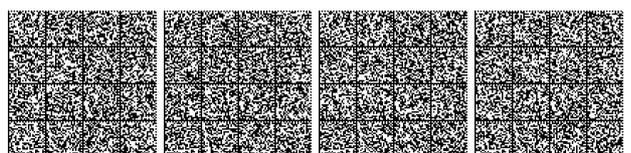
SINTOMI E DISTURBI DEL DISTURBO POST-TRAUMATICO COMPLESSO	
• **SINTOMI DEL PTSD** *(vedi tabella 7)*	**SINTOMI INTRUSIVI PERSISTENTI** *(associati,anche in modo subliminale, all'evento traumatico)* **SINTOMI DI EVITAMENTO E ALTERAZIONI NEGATIVE DI PENSIERI E EMOZIONI** **ALTERAZIONI MARCATE DELL'AROUSAL**
DISTURBI DELL'IDENTITA' E DELLA COSCIENZA	**DEPERSONALIZZAZIONE** ✓ Sentirsi distaccato dai propri processi mentali o dal proprio corpo ✓ Numbing - senso di intorpidimento emotivo ✓ Freezing – più o meno completo blocco delle attività motorie e/o emozionali (da pochi secondi ad alcuni minuti) ✓ Avere la percezione che il proprio corpo o una parte di esso sia distorto, ingrandito o rimpicciolito **DEREALIZZAZIONE** ✓ Sentirsi estraniato dal proprio ambiente ✓ Percepire il mondo e gli eventi come irreali ✓ Non riconoscere luoghi e/o volti con cui si ha familiarità (simile al "jamais vu") **AMNESIA DISSOCIATIVA E FUGA DISSOCIATIVA** ✓ Incapacità di ricordare importanti e specifici eventi della propria storia personale ("buchi neri" o "tempo perduto") ✓ Allontanamento inaspettato dai propri luoghi di residenza o lavoro, associato a stato amnesico, con durata variabile tra poche ore e alcuni giorni **DISTURBI DELLA MEMORIA** ✓ Alterazioni della memoria esplicita, in particolare della componente "autobiografica", riguardante le tracce mnesiche di tipo emotivo, affettivo e personale dell'esperienza traumatica **ASSORBIMENTO IMMAGINATIVO** ✓ Frequente e profondo stato di assorbimento nei propri pensieri o fantasie, tale da non accorgersi di ciò che accade intorno **FENOMENI DISPERCETTIVI** ✓ Alterazioni transitorie delle percezioni uditive, visive, olfattive (più rare), con caratteristiche ego-distoniche, sia sotto forma di distorsioni delle percezioni reali (visione a tunnel, bidimensionale, variazioni del volume dei suoni, ecc), sia sotto forma di fenomeni pseudo-allucinatori **DISSOCIAZIONE SOMATICA** **DISTURBI DA CONVERSIONE** ✓ Sindrome da dolore cronico ✓ Anestesia/Ipoestesia dolorifica transitoria ✓ Debolezza/paralisi motoria transitoria ✓ Attacchi pseudo-epilettici

segue%

%continua tabella 8 da pagina precedente

SINTOMI DEI DISTURBO POST-TRAUMATICO COMPLESSO	
DISREGOLAZIONE EMOTIVA E DEGLI IMPULSI	✓ Sensazione/paura di perdere il controllo delle proprie azioni ✓ Incapacità di tollerare affetti negativi ✓ Incapacità a auto-contenersi o auto-consolarsi ✓ Deficit nel controllo degli impulsi (alimentari, emotivi/aggressivi, sessuali, ecc)
DISTURBI DELL'ATTENZIONE E DELLA CONCENTRAZIONE	✓ Perdita della capacità di prestare attenzione e di concentrarsi sul qui e ora, nel leggere un libro, seguire un discorso, ecc ✓ Tendere a fare tutto in automatico, come in assenza di se
CAMBIAMENTI NELLA PERCEZIONE DI SÉ	✓ Sentire di essere diventata una persona completamente diversa ✓ Confusione dell'identità: perplessità e profonda conflittualità su chi si è
CAMBIAMENTI NEL COMPORTAMENTO E NELLE RELAZIONI CON GLI ALTRI	✓ Alterazioni dell'Identità: variazioni, anche sostanziali nei comportamenti, nelle abitudini, nei giudizi, nel tono della voce, nella calligrafia, ecc. ✓ Vulnerabilità alla re-vittimizzazione e allo sfruttamento
CAMBIAMENTI NEI SIGNIFICATI E NEL SENSO DI SE E DELLE COSE	✓ Percepire il mondo come pericoloso e se stessi come irrimediabilmente danneggiati e responsabili del trauma ✓ Senso di colpa, disperazione, vergogna, indegnità, ideazioni suicidiarie ✓ Comportamenti autodistruttivi: auto-lesionismo, promiscuità sessuale, comportamenti rischiosi o dannosi, ✓ Abbandono di precedenti valori e credenze religiose, politiche, morali, ecc.

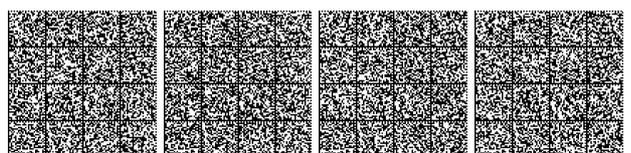
Le sindromi post-traumatiche complesse racchiudono nella loro definizione l'insieme di alterazioni psicologiche, riportate di seguito, che possono insorgere in conseguenza di esperienze traumatiche estreme:

- Alterazioni nella regolazione emotiva e degli impulsi
- Dissociazione e alterazioni dell'attenzione e della memoria
- Somatizzazioni
- Alterazioni nella percezione di sé
- Alterazioni nella percezione dell'altro
- Alterazioni nelle relazioni

Ulteriori studi, hanno valutato in maniera più specifica l'associazione tra tortura e alcune specifiche alterazioni incluse nel Complex PTSD. Su questa linea, è stata anche evidenziata una correlazione specifica tra la tortura e l'insorgenza di disturbi dissociativi, di sintomi psicotici e di alterazioni nella regolazione emotiva con un aumento del rischio suicidario.
In questa sindrome hanno un ruolo molto rilevante le alterazioni della memoria autobiografica, della percezione di sé e delle relazioni con l'altro sia per l'impatto sulla personalità e sull'identità

della vittima, sia per le implicazioni sulle capacità narrative e relazionali necessarie ad affrontare la procedura di asilo.
L'evento traumatico estremo ha quindi anche la capacità di interrompere la continuità dell'esperienza e alterare il senso dell'identità. L'esperienza traumatica non viene elaborata a livello simbolico/verbale e di conseguenza potrà solo essere rivissuta attraverso continui flash-back, incubi, cefalee quotidiane, dolori somatici ricorrenti, improvvisi stati di disperazione e pensieri intrusivi legati al trauma.
Gli studi sulle sindromi post-traumatiche complesse sottolineano anche come cambino le modalità terapeutiche e riabilitative, dato che i protocolli terapeutici generalmente applicati per altri disturbi, come per i disturbi dell'umore o per il PTSD, risultano insufficienti o solo parzialmente efficaci.
Alla luce delle gravi e complesse alterazioni che possono colpire le persone RTP vittime/sopravvissute a tortura si rende, quindi, indispensabile una presa in carico multidisciplinare, integrata, continuativa nel tempo, che sia in grado di adattare le modalità di intervento alle fasi del trattamento e del percorso giuridico e di integrazione sociale. anche per prevenire la c.d. tortura trans-generazionale.

3.4 Percorsi di assistenza e trattamento per la "riabilitazione" delle vittime di tortura

Il *setting* terapeutico deve essere flessibile nei tempi, evitando di predeterminare numero, frequenza e durata delle sedute, modulandole in base alle effettive esigenze cliniche e nelle modalità operative tenendo conto della possibilità di consulenze e di cooterapie.
La tortura produce conseguenze profondissime in quanto ha lo scopo di privare la persona offesa della sua struttura identitaria, individuale, culturale e sociale, inducendo una sfiducia nell'essere umano; il termine "riabilitazione", di cui al D.Lgs 18/2014, art. 27 comma 1 bis, va inteso come l'insieme degli interventi socio-sanitari necessari e adeguati a svolgere una funzione 'riparatoria' rispetto alle conseguenze delle gravi violenze subite.
Ciò in linea con quanto prevede il diritto della UE che con l'espressione "necessario trattamento" [22]degli atti di violenza subiti fa riferimento ad una pluralità di interventi, alcuni più strettamente sanitari, altri di natura socio-assistenziale. Gli interventi di assistenza e riabilitazione che le linee guida intendono prevedere dovranno quindi sempre essere interventi sociosanitari integrati assumendo quale definizione di "prestazioni socio-sanitarie" quanto previsto dall'art. 3 septies comma 1 Dlg 299\99, che dispone:
"tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione".
Gli interventi di riabilitazione delle vittime di tortura o gravi violenze riguardano pertanto sia l'ambito di azione di stretta competenza del sistema sanitario nazionale sia il sistema nazionale di accoglienza per i richiedenti asilo. La riabilitazione delle vittime di tortura o violenza estrema non può avvenire se non attraverso un nuovo inserimento sociale di persone troppo spesso "confinate" negli specifici settori d'intervento dei relativi servizi o escluse dal mondo formativo e produttivo.
Si tratta quindi di affiancare al percorso di "riabilitazione", inteso quale insieme di pratiche per il recupero di funzioni acquisite, la realizzazione di programmi di "abilitazione" per l'acquisizione di competenze per rispondere ai compiti evolutivi e sociali del soggetto stesso. La creazione di

[22] Direttiva 2013/33/UE art. 25 co.1 " *Gli Stati membri provvedono affinché le persone che hanno subito torture, stupri o altri gravi atti di violenza ricevano il necessario trattamento per il danno provocato da tali atti, e accedano in particolare ad assistenza o cure mediche e psicologiche appropriate"*

"ponti" e "reti" efficaci tra un mondo produttivo e creativo per lo più nascosto, che si sviluppa nei centri di accoglienza e riabilitazione, nei progetti di risocializzazione, nei laboratori integrati delle istituzioni pubbliche e del privato sociale, e il mondo della cultura e del commercio, aperto alla cittadinanza.
E' essenziale che ai RTP, persone che vivono concrete esperienze di esclusione sociale, sia data la possibilità effettiva di accedere ad attività che possano dare dignità per prevenire lo sviluppo di drammatiche reazioni psicologiche e/o di tensione nelle relazioni interpersonali.
Il percorso di riabilitazione è pertanto intrecciato in modo inscindibile con il percorso di accoglienza delle vittime determinandone la durata e le modalità concrete di erogazione.

Processo terapeutico
Il processo terapeutico viene facilitato da tutte le operazioni che permettano di aumentare l'*empowerment* dei pazienti, ad es. corsi di lingua, informazioni sui diritti, sui servizi e su come usufruirne. Bisogna considerare che parte integrante della stabilizzazione è un buon processo di accoglienza e orientamento ai servizi per la persona e per il riconoscimento giuridico della sua condizione.
Ogni processo terapeutico deve prevedere *prima fase di stabilizzazione* rispetto ai sintomi più disturbanti, ad es. ripetuti incubi notturni, crisi impulsive e/o disforiche, con l'ausilio di farmaci, qualora necessario, e di tecniche di respirazione, di rilassamento, quando utili. Nella relazione clinica bisogna rispettare i tempi del paziente, non entrare subito nel racconto dei traumi subiti se il paziente non lo desidera e se i tempi per la certificazione lo consentono.
Pertanto occorre: consentire al paziente di interrompere il racconto e/o la seduta qualora ciò risultasse troppo disturbante nell'immediato; lavorare sul qui e ora delle relazioni; facilitare l'esame di realtà e la possibilità di assumere aspettative realistiche su ciò che avviene. Ciò può includere:

- tecniche di gestione della comunicazione e per migliorare l'assertività;
- *role playing* per la gestione delle relazioni più problematiche con contestuale apprendimento di modalità per modulare le reazioni emotive.

Spesso è necessario lavorare sulle capacità e sulle difficoltà cognitive in atto. Quando possibile, fare un lavoro centrato sul trauma e sulle reazioni al trauma, che possono includere:

- validazione/ rielaborazione delle emozioni in relazione al trauma subito;
- ricostruzione della continuità narrativa spezzata;
- messa in discussione delle parole attive negative instillate dal torturatore e del senso di sé negativo che ne deriva;
- modulazione delle emozioni e del vissuto somatico riannodando la continuità tra emozioni esperite, espressione conseguente e sua possibile modulazione.

Lavorare inoltre sui lutti e sulla loro elaborazione e sulle preoccupazioni per i familiari rimasti esposti alla situazione traumatica o di cui si hanno perso i contatti. In questi casi, ogni qual volta possibile, è bene dare un supporto attivo nella ricerca e per la gestione delle relazioni con i familiari qualora contattabili (ad es. non è infrequente che i pazienti stiano peggio dopo aver sentito telefonicamente i familiari che gli fanno presente la loro difficile situazione ed esprimono grandi aspettative sulla possibilità del paziente di dare loro un aiuto concreto nell'immediato).
In molti casi possono essere attivati gruppi di auto-mutuo-aiuto e/o di supporto, così come attività riabilitative che aumentino l'*empowerment*.
Infine è importante che il medico, in collaborazione con l'operatore legale, offra uno specifico supporto alla preparazione dell'esame in Commissione per contenere le possibili reazioni emotive ad una situazione di stress. Migliorati i sintomi, bisogna sostenere il paziente nella riprogettazione di un progetto migratorio credibile che porti a integrazione positiva nella nuova società: si tratta di riprogettare il futuro nella nuova condizione.
Schematicamente, la pratica clinica si articola generalmente in tre fasi:

- Comprensione e superamento dei sintomi maggiormente invalidanti: disturbi del sonno, condotte di "evitamento", sintomi somatici e dissociativi.
- Lavoro sulle memorie traumatiche: ricostruzione dettagliata attraverso la libera narrazione degli eventi traumatici in ambiente protetto. Questa fase mette la vittima in condizione di elaborare il vissuto e di integrarlo costruttivamente nella propria identità. Può avere una funzione preparatoria per l'audizione.
- Ricostruzione dei legami: migliorare le capacità relazionali e facilitare la possibilità di accedere a nuove esperienze interpersonali.

Le prime due azioni generalmente avvengono nelle fasi iniziali, entro il primo anno dall'arrivo nel paese di accoglienza e salvo rare eccezioni, le barriere linguistiche, la lontananza culturale, la paura e la sfiducia delle vittime nell'essere umano potrebbero impedire una corretta valutazione da parte del clinico.

3.5 I minori stranieri sopravvissuti a traumi estremi e a violenza intenzionale

Nel corso degli ultimi anni appare sempre più consistente, all'interno dei flussi migratori che giungono in Italia, la presenza di minori, talvolta accompagnati dai propri familiari, frequentemente soli. In molti casi i minori, così come gli adulti, fuggono da aree geografiche caratterizzate da conflitti, persecuzioni, emergenze umanitarie o situazioni di grave pericolo o insicurezza, per sé e le proprie famiglie. Tutti questi scenari producono, sulle persone che li vivono e, in particolare sui minori, effetti e conseguenze spesso devastanti e drammatiche: perdite e lutti, separazioni e frammentazioni familiari e comunitarie, esposizione diretta e indiretta a situazioni di violenza estrema e morte, ferite e torture. Tuttavia anche la fuga, nonostante rappresenti un momento cruciale per la sopravvivenza, costituisce di per sé un'esperienza traumatica.

3.5.1 I minori stranieri in Italia

La popolazione dei minori protagonisti del fenomeno migratorio in Italia costituisce un universo assolutamente eterogeneo, all'interno del quale possono essere individuati i seguenti profili:

- minori nati in Italia da genitori stranieri regolarmente soggiornanti;
- minori che entrano regolarmente per ricongiungersi ai propri genitori;
- minori che arrivano irregolarmente, dopo aver affrontato il viaggio senza nessun adulto di riferimento;
- minori che arrivano irregolarmente insieme ai genitori;
- minori che transitano per l'Italia diretti verso altri paesi europei;
- minori che arrivano irregolarmente per ricongiungersi ai propri genitori o ad altri parenti;
- minori vittime di tratta

All'interno dei profili appena riportati spicca una variabile di assoluta rilevanza, ovvero la presenza o meno di familiari o di una figura di riferimento adulta e significativa per il minore.
La differenza sostanziale tra i minori che migrano con le proprie famiglie e i minori non accompagnati sta nel fatto che questi ultimi si trovano a dover affrontare, senza il supporto di figure di attaccamento adulte, tutta una serie di sfide: le difficoltà e l'angoscia della fuga, i pericoli, i lutti e le paure durante il viaggio, la successiva elaborazione dell'esperienza migratoria, compresi i traumi e le situazioni estreme ad essa connesse, ma anche tutte le sfide di adattamento che li aspettano dal momento di arrivo nel paese ospitante.

3.5.2 Le conseguenze psicologiche dell'esperienza della tortura e della violenza intenzionale sui minori

Nel tentativo di delineare un profilo dei minori migranti sopravvissuti a traumi estremi e violenza intenzionale, al fine di comprenderne la specificità e individuarne la vulnerabilità nella maniera più precoce possibile, è utile soffermarsi su quelle che sono le esperienze traumatiche più frequenti e gli scenari da cui essi partono e lungo i quali si muovono.

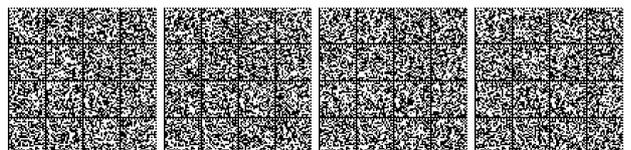
In letteratura, parlando di minori stranieri sopravvissuti a violenza estrema, si fa spesso riferimento alla condizione di "*war-affected*", che racchiude al suo interno una vasta gamma di esperienze traumatiche e di violenza estrema. Le circostanze e la natura degli eventi che possono colpire i minori si diversificano anche in base ai contesti. Ad esempio, i minori sopravvissuti a tortura possono essere coinvolti in ondate di violenza che colpiscono in maniera diffusa e collettiva intere comunità. In altri casi, la tortura del minore può essere una strategia per estorcere informazioni ai genitori o una misura punitiva nei loro confronti.

Le ricerche e l'esperienza clinica rivelano che tra i sintomi e i disturbi più comunemente presenti nei minori sopravvissuti a questo tipo di esperienze, spiccano alcuni sintomi che si configurano all'interno del quadro diagnostico del PTSD (Disturbo Post Traumatico da Stress) come disturbi del sonno e incubi notturni, evitamento di stimoli e situazioni associate al trauma, irritabilità ed esplosioni di aggressività etero e auto diretta, dolore cronico e disturbi psicosomatici, depressione, isolamento, distacco emotivo e sociale, ansia, sintomi e reazioni regressive rispetto alla fase di sviluppo, spiccata dipendenza, disturbo della condotta, abuso di sostanze stupefacenti e alcool e difficoltà di adattamento.

Per quanto riguarda i fattori individuali, l'età e la fase di sviluppo del minore hanno una rilevanza assoluta, sia rispetto all'insorgenza psicopatologica sia rispetto alle eventuali strategie adattive a cui far ricorso. Di fatto, l'impatto che le esperienze traumatiche possono avere sull'individuo, si ripercuote sullo sviluppo delle competenze e dei processi cognitivi, affettivi, morali, relazionali e persino sui processi fisiologici.

Ad esempio, i bambini molto piccoli, ovvero dalla nascita alla fase preverbale permangono in una condizione di dipendenza assoluta dai loro *caregiver*, pertanto il loro benessere psico-fisico e la loro sopravvivenza è garantita nella misura in cui tale relazione è stabile e sicura. Dunque gli eventi traumatici possono impattare su questi minori nel momento in cui vanno ad interferire e sconvolgere questa "stabilità" ambientale e relazionale.

A partire dall'età scolare, il bambino comincia a riconoscere e sperimentarsi in diversi ambienti e relazioni stabili, come la propria famiglia, la rete parentale allargata, la scuola, i pari. Nell'ambito di queste relazioni impara a ricoprire ruoli e adottare strategie adattive. In tal senso, cambiamenti repentini e spesso drammatici come la fuga, le perdite, i lutti, vanificano gli sforzi del bambino e lo costringono a riadattarsi a nuove situazioni e nuovi contesti. Tutto ciò può innescare reazioni aggressive che si riverberano sulla relazione coi pari e, più in generale sull'interazione con l'ambiente esterno. Questo processo si accentua ulteriormente nella fase dell'adolescenza, durante la quale le relazioni interpersonali, sia coi pari che con gli adulti, assumono assoluta centralità. Appare evidente quanto l'esposizione diretta o indiretta a forme di violenza estrema possa risultare devastante e comunque condizionare tutti questi processi e sfide evolutive in piena formazione. Gli adolescenti possono reagire a tutto ciò somatizzando oppure attraverso delle forme di ribellione che possono portarli ad agire con violenza, aggressività fisica e psicologica, condotte a rischio o, ancora, possono attivare reazioni depressive che si manifestano attraverso il senso di colpa o un ritiro sociale e affettivo.

L'età e la fase di sviluppo del minore, qualunque essa sia, ha una rilevanza assoluta, sia rispetto all'insorgenza psicopatologica che alle eventuali strategie adattive a cui far ricorso.

Occorre altresì tenere in considerazione l'effetto moltiplicatore che tali situazioni possono avere sulle minori, considerando dunque in maniera specifica la situazione delle fanciulle e ragazze vittime di tortura e/o violenza intenzionale.

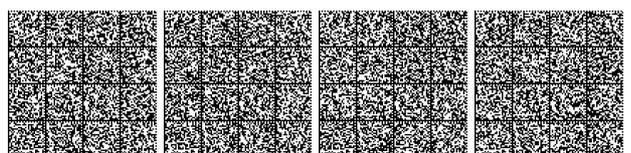
3.5.3 Fattori di resilienza

Se da un lato la condizione di minore costituisce un innegabile fattore di vulnerabilità rispetto all'esposizione a forme di violenza estrema e intenzionale, dall'altro, la letteratura scientifica e soprattutto l'esperienza clinica rivelano che, proprio nella medesima condizione di minore, sono rintracciabili alcuni elementi di resilienza che talvolta possono costituire dei veri e propri fattori protettivi, sia rispetto alle conseguenze psicopatologiche post-traumatiche, che rispetto al percorso di cura, adattamento e integrazione dei minori stessi.
Tratti come la capacità di adattamento, la creatività, l'intelligenza e la curiosità, l'autoregolazione emotiva e l'attaccamento sicuro possono avere una valenza protettiva.
Il processo di adattamento e integrazione al nuovo contesto, nonché l'investimento in relazioni significative con i coetanei sono possibili se, di pari passo, si acquisiscono competenze linguistiche.
Diversi studi indagano la correlazione tra l'acquisizione di competenze linguistiche da parte dei minori e la sintomatologia post-traumatica. I risultati rivelano che maggiori competenze linguistiche corrispondono a sintomi più attenuati e strategie di adattamento al nuovo contesto più efficaci. Tuttavia, può accadere che, soprattutto i bambini più piccoli, riescano ben presto a parlare e comprendere meglio la lingua del paese ospitante che quella del paese d'origine. Ciò potrebbe generare conflittualità all'interno della famiglia, sia per problemi legati alla comunicazione tra i membri che per aspetti più simbolici, legati ad esempio al senso di appartenenza alla propria cultura d'origine.
Ovviamente, tutte queste dimensioni (individuale e di genere, familiare, sociale, scolastica) non sono indipendenti l'una dall'altra; al contrario sono tutte parti integranti del mondo del minore che interagiscono tra loro in maniera dinamica.

3.5.4 Azioni e percorsi volti alla protezione, cura e integrazione dei minori

Uno dei principali fattori di vulnerabilità intrinseci alla condizione di minore straniero sopravvissuto a traumi e violenza intenzionale è riconducibile al fatto che, sia pur debilitato dall'esperienza traumatica estrema, l'individuo si ritrova a dover compiere un immane e continuo sforzo adattivo, che inizia con la fuga e perdura per tutto il percorso di integrazione che intraprenderà nel paese ospitante. Tutto ciò diventa ancor più ostico per un minore straniero non accompagnato. Questa condizione è determinata dall'assenza di *caregiver* o di figure di attaccamento in grado di "contenere" e supportare il minore in questa delicata fase.
Inoltre è di vitale importanza che il minore, specie se adolescente, sia il più possibile partecipe e svolga un ruolo attivo rispetto al percorso verso cui è indirizzato.

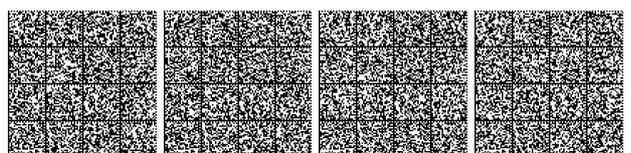
3.5.5 Accoglienza

L'accoglienza rappresenta, nella quasi totalità dei casi, la prima fase della presa in carico del minore, sia esso inserito nel proprio nucleo familiare che non accompagnato.
Nel primo caso è auspicabile che l'intero nucleo non venga mai separato, riconoscendo così il potenziale auto-protettivo che il sistema familiare costituisce per se stesso.
Per quanto riguarda i minori stranieri non accompagnati, già in una fase di primissima accoglienza, risulta particolarmente importante l'individuazione precoce e tempestiva di eventuali fattori di vulnerabilità, come ad esempio sintomi e/o patologie post-traumatiche. Tale rilevazione dovrebbe generare un'attenzione particolare nel percorso e nelle procedura di accoglienza di questi minori.

In primo luogo è fondamentale che sia predisposto uno spazio (inteso come luogo e come tempo) di osservazione e poi di espressione, all'interno del quale possano emergere quei vissuti come l'angoscia, il disorientamento, lo stato di allerta e di paura, la sfiducia e la rabbia. In tal senso, è auspicabile che i luoghi di accoglienza siano fortemente connotati da un'atmosfera familiare, con pochi ospiti, tanto da favorire una relazione significativa tra i pari e tra gli operatori e i minori. E' altresì importante che il minore sia consapevole di quello che è il quadro normativo e i principi che fanno da sfondo alla sua presa in carico. In primo luogo il minore va reso consapevole del suo *status* giuridico e dei diritti di cui è titolare. Ad esempio, il concetto di infanzia e di minore età non ha solo una valenza giuridica e sociale, ma è anche un costrutto culturale. In tal senso è molto probabile che la prospettiva del minore e quella del paese ospitante siano divergenti, dunque è importante favorire una sorta di "mediazione" tra questi due costrutti al fine di rendere il minore realmente consapevole e partecipe del percorso attivato a suo favore.
Oltre a quello della minore età, un altro grande tema che merita attenzione è quello legato alla "protezione internazionale" e tutte le implicazioni che ne derivano. In tal senso, è opportuno rendere più "comprensibili" i molteplici aspetti burocratici che spesso scandiscono i percorsi di questi minori, fino al passaggio alla maggiore età e oltre. A tal proposito, si sottolinea il fatto che, una delle fasi più delicate, è rappresentata dal passaggio alla maggiore età. E' proprio in questo momento di passaggio che il minore va accompagnato attraverso percorsi *ad hoc* che prevedano accoglienze in regime di semi-autonomia o percorsi di accoglienza e cura in grado di garantire la continuità terapeutica necessaria.

3.5.6 Scuola

Il processo di alfabetizzazione e, in generale quello scolastico e formativo, è di assoluta rilevanza e centralità rispetto al percorso di tali minori. Il contesto scolastico è il primo nel quale formalmente si acquisiscono le competenze (linguistiche e culturali) e gli strumenti necessari a comprendere, interagire ed adattarsi al contesto ospitante. Inoltre può essere il primo *setting* nel quale il minore si sperimenta nel rapporto coi pari, sviluppando, potenzialmente un senso di appartenenza e di auto-efficacia.
Al fine di "preservare" il potenziale positivo dell'esperienza scolastica e formativa e al contempo limitare le ricadute negative appena descritte, è auspicabile realizzare proposte/opportunità formative (alfabetizzazione, corsi per il conseguimento della licenza media, ecc.) *ad hoc*. In concreto, ciò si tradurrebbe nella definizione e adozione di un modello didattico per l'apprendimento della lingua che tenga conto, non solo delle difficoltà con le quali un migrante si misura nell'apprendere una lingua nuova, ma che parta dal presupposto che individui sopravvissuti a traumi estremi, presentano, nella maggior parte dei casi, delle peculiarità a livello psicopatologico e cognitivo che non possono essere ignorate.

3.5.7 Cura

Indipendentemente dal modello teorico di riferimento o dalla tecnica utilizzata, vi sono delle considerazioni e dei principi che sono trasversali e su cui si dovrebbe fondare qualsiasi tipo di azione terapeutica a favore di questi minori. In primo luogo bisogna considerare che il minore sopravvissuto a tortura o ad altre forme di violenza intenzionale ha sperimentato un assoluto senso di impotenza e di perdita di controllo. L'esperienza della tortura, di per sé devastante, lo è ancora di più per il minore perché lo squilibrio di potere che già caratterizza il rapporto tra vittima e carnefice è ulteriormente aggravato dalla asimmetria tra adulto-carnefice e minore-vittima. In tal senso, la relazione terapeutica con un adulto, di fatto "estraneo", può riattivare ed esacerbare questi vissuti e richiede, pertanto, operatori con esperienza e formazione specifica, sia sull'età evolutiva che su questa tipologia di traumi.

L'intervento terapeutico deve essere volto a :

- ✓ favorire la capacità di riconoscere e gestire i propri stati emotivi, i processi cognitivi e le proprie reazioni psicofisiologiche;
- ✓ supportare il minore nel difficile compito evolutivo di consolidamento della propria struttura psichica. In tal senso è necessario aiutarlo a ri-creare una continuità biografica/esistenziale, creando una connessione, temporale e di significato, tra passato, presente e futuro;
- ✓ individuare i fattori di resilienza e far sì che il minore possa riconoscerli e utilizzarli come "leva" nel suo percorso di integrazione e adattamento;
- ✓ creare i presupposti (ambientali, relazionali) e fornire gli strumenti che permettano al minore stesso di sperimentare e mettere in atto nuove strategie di *coping*;

3.5.8 Percorsi di integrazione

L'integrazione di questi minori nel contesto ospitante è senza dubbio il principale esito auspicabile dell'intero intervento di "presa in carico" ma è anche un processo che va attivato e favorito in maniera trasversale durante tutte le fasi dell'intervento. Attraverso questo processo si fa in modo che in primo luogo il contesto non sia espulsivo e possa fornire al minore un "supporto sociale".
In termini pratici, tutto ciò può essere favorito attraverso la promozione e il coinvolgimento dei minori in percorsi di partecipazione in attività ludiche e sportive, al fine di favorire momenti di svago, opportunità integrazione e occasioni in cui il minore possa sperimentare condivisione di obiettivi, un senso di auto-efficacia e momenti ri-vitalizzanti. Inoltre, questi contesti possono anche rappresentare, in talune circostanze dei *setting* ideali nei quali realizzare azioni terapeutiche integrate a quelle "classiche" ma meno stigmatizzanti rispetto a queste ultime.
Il "sistema" di protezione, tutela e cura a favore dei minori migranti, maschi e femmine, sopravvissuti a traumi estremi, deve, per raggiungere questi obiettivi, declinare il proprio assetto su una serie di presupposti che tengono conto delle esigenze specifiche di questi minori. Di fatto, le condizioni avverse e la rapida sequenza con cui si susseguono le esperienze traumatiche, la fuga e l'arrivo in nuovo contesto, spesso molto diverso da quello di appartenenza, possono generare nel minore un senso di assoluta alienazione e frammentazione. Tale reazione può essere esacerbata dalla percezione di un ambiente e un sistema di cura e tutela di per sé frammentato, discontinuo e incomprensibile. Pertanto, bisogna garantire al minore un intervento che sia il più possibile integrato e di prossimità, creando continuità attraverso uno scambio e un dialogo costante tra gli "agenti" di tutela (tutore, assistenti sociali), accoglienza (educatori, operatori sociali), cura (personale sanitario, psichiatri, psicologi)e integrazione (insegnanti di lingua, referenti attività ludiche, sportive, ricreative).
In tal senso, la figura del tutore legale gioca un ruolo fondamentale: da un lato costituisce il trait d'union e garantisce assistenza in ogni fase della procedura di richiesta di protezione internazionale, dall'altro, deve garantire, attraverso una visione d'insieme, una reale armonizzazione e integrazione tra gli interventi realizzati a favore del minore stesso. Tutto ciò costituisce un fattore protettivo di notevole importanza rispetto al buon esito di tale percorso; al contempo riduce il rischio che il minore possa essere esposto a fallimenti e frustrazioni che potrebbero configurarsi come delle traumatizzazioni secondarie e cumulative**.**
Inoltre questi percorsi devono avere un focus orientato il più possibile al problem solving reale e quotidiano, riconoscendo come prioritarie le esigenze reali del minore, anche al fine di favorire un aggancio autentico e duraturo. Questo deve essere tenuto presente anche dai servizi che si occupano specificatamente della salute mentale e del benessere bio-psico-sociale del minore: questi agenti di cura infatti non possono concentrarsi solo sui sintomi ma declinare il loro intervento e la loro attenzione sui problemi pratici e sulle molteplici sfide che quotidianamente questi minori devono affrontare. Tutto ciò accresce la possibilità che il minore aderisca con fiducia e partecipazione al percorso proposto e, sul piano clinico, consolida l'alleanza terapeutica. Questi

aspetti, auspicabili in generale in un qualsiasi percorso di cura, diventano di vitale importanza se si pensa al profilo specifico di questi minori, a quanto, proprio al tema della fiducia, possano essere "sensibili" i sopravvissuti a violenza intenzionale.

TABELLA 9-Accoglienza Minori Stranieri non accompagnati

Fasi dell'accoglienza	Procedure e riferimenti normativi
Prima accoglienza	**Identificazione**: l'identificazione dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) deve avvenire tramite gli eventuali documenti identificativi in loro possesso, ai sensi dell'art 4, Dlgs 24/14. Qualora i minori, non richiedenti asilo, non siano in possesso di tali documenti l'identificazione deve avvenire avvalendosi della collaborazione delle rappresentanze diplomatico-consolari competenti, ai sensi dell'art 5, comma 3 DPCM 535/99, ovvero tramite i rilievi segnaletici. **Accertamento dell'età**: l'accertamento medico dell'età deve essere posto in essere solo allorché vi siano fondati dubbi sulla minore età del soggetto e qualora non sia possibile verificare in altro modo l'età. Qualora, nonostante l'accertamento medico, sussistano dubbi in ordine all'età del soggetto, questo deve essere presunto minore (Circolare del Ministero dell'Interno, Prot. n. 17272/7 del Roma, 9 luglio 2007, art 4, comma 2 Dlgs 24/14). **Collocamento:** il minore privo di un idoneo ambiente familiare ha diritto ad un collocamento in un luogo sicuro, ai sensi dell'art 403 cc e dell'art 2 L 184/83. Per esigenze di soccorso e protezione immediata, i minori possono essere collocati in centri di prima accoglienza, per il tempo strettamente necessario all'identificazione e all'eventuale accertamento dell'età. L'accoglienza deve essere adeguata all'età e deve garantire il rispetto dei diritti fondamentali dei minori, tra cui quello a ricevere, con modalità adeguate alla loro età', ogni informazione sui diritti loro riconosciuti e sulle modalità di esercizio degli stessi. Già a partire dalla prima fase di accoglienza, attraverso i primi colloqui e l'osservazione da parte degli operatori della struttura, possono emergere elementi che rivelano l'eventuale vulnerabilità psicologica dello stesso minore, la quale, se non richiede un intervento sanitario immediato, andrebbe segnalata nella fase di passaggio alla seconda accoglienza. **Apertura della tutela e nomina del tutore**: la presenza del MSNA deve essere tempestivamente comunicata al giudice tutelare per l'apertura della tutela e per la nomina del tutore a norma degli articoli 343 e seguenti del codice civile, al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni e al Tribunale per i minorenni. **Rilascio del Permesso di Soggiorno**: i MSNA hanno diritto al rilascio del permesso di soggiorno per minore età, ai sensi del combinato disposto degli artt. 19 e 32 Dlgs 286/98. **Richiesta di Protezione Internazionale**: il MSNA ha diritto a presentare domanda di Protezione Internazionale in qualsiasi momento a partire dal suo arrivo in Italia. In linea con la normativa, al minore deve essere garantito l'accesso alla procedura nei tempi più brevi possibili, pertanto anche la nomina del tutore deve essere tempestiva
Accoglienza di secondo livello	Ai minori deve essere garantito un percorso di accoglienza integrata in strutture di seconda accoglienza a ciò deputate. Tale percorso deve contemplare l'apprendimento della lingua italiana, attraverso corsi di alfabetizzazione e l'inserimento scolastico, l'inserimento socio-lavorativo attraverso corsi di formazione professionale, tirocini e borse lavoro; al contempo è auspicabile il coinvolgimento del minore in attività ludico-ricreative, sportive o culturali. Qualora vi siano problematiche di natura psicologica e/o legate alla salute psico-fisica del minore, il personale operante nel centro di accoglienza deve procedere all'invio del minore presso una struttura sanitaria o figure professionali deputate alla presa in carico terapeutica dello stesso.
Estensione della tutela	Nell'interesse di minori particolarmente vulnerabili possono essere attivati degli interventi volti alla loro protezione e al reinserimento sociale, estensibili fino al ventunesimo anno di età, ai sensi dell'art 25 R.D. 1404/1934 come modificato dalla l. 25 luglio 1956, n. 888)

4. CERTIFICAZIONE

Nel presente capitolo viene affrontato il tema della certificazione medico-legale nell'ambito della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale. Lo scopo è quello di chiarire l'iter da seguire al fine di poter effettuare la certificazione medica, ai sensi dell'art. 8, comma 3-bis, del D.Lgs 251/2007 (introdotto dal D.Lgs 142/2015), a supporto delle attività della Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale. In tal senso, si sottolinea il valore della certificazione medico-legale, quando conforme agli standard internazionali, per il richiedente asilo e per l'organismo deputato alla valutazione, nel contesto della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale, sia nella fase amministrativa sia nell'eventuale fase giudiziaria.

4.1 Cosa e come certificare

La certificazione medica può essere definita come la: *"testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo e della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa"* (Barni M.: "Diritti - Doveri Responsabilità del medico dalla bioetica al biodiritto", Ed. Giuffrè , Milano, 1999)

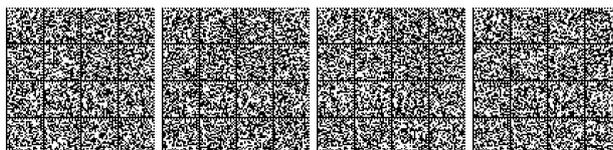
Ai sensi dell'art. 8, comma 3-bis, del D.Lgs 251/2007 (modificato dal D.Lgs 142/2015), la Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale *"sulla base degli elementi forniti dal richiedente, può altresì disporre, previo consenso del richiedente, visite mediche dirette ad accertare gli esiti di persecuzioni o danni gravi subiti effettuate secondo le linee guida di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, e successive modificazioni. Se la Commissione non dispone una visita medica, il richiedente può effettuare la visita medica a proprie spese e sottoporne i risultati alla Commissione medesima ai fini dell'esame della domanda.*"

Dunque, nel contesto della procedura per il riconoscimento della protezione internazionale, sia nella fase amministrativa che in quella eventuale giudiziaria, la certificazione medico-legale quando conforme agli standard internazionali, rappresenta un valido supporto per il richiedente asilo e per l'organismo deputato a valutare il riconoscimento della protezione internazionale o umanitaria.

In particolare, la certificazione può aiutare a valutare la congruenza tra la sintomatologia medica e psicologica ed altri riscontri medici e le narrazioni rese dal richiedente la protezione internazionale in merito alle torture, maltrattamenti o traumi subiti.

La certificazione attestante gli esiti di tortura non esaurisce le finalità di comunicazione tra il sistema di presa in carico e gli organismi accertanti.

La certificazione può essere prodotta anche per una o più delle seguenti motivazioni:

- per informare sulle difficoltà "psicologiche" (paura, vergogna), che il richiedente può manifestare nella ricostruzione degli eventi, dando indicazione e spiegazioni sul possibile insorgere d'incongruenze e contraddizioni nella narrazione, dovuti ad esempio a disturbi della memoria o episodi dissociativi, o fornendo delucidazioni sulla possibile riluttanza del richiedente nella descrizione di episodi particolarmente traumatici del proprio vissuto;
- per accertare stati invalidanti gravi o di malattie di lunga durata, che determinano fragilità e/o necessità di accertamenti e cure specialistiche prolungate e continuative, indicandone la prognosi, al fine di dare indicazione sui possibili effetti sulla salute del richiedente di un eventuale rimpatrio, in ragione della concreta possibilità di accesso a cure adeguate, nonché, al fine di dare indicazione circa le conseguenze sulla salute mentale di un rientro coatto nel contesto sociale, ove il richiedente ha subito episodi di tortura o violenza;
- per informare l'organismo accertante sull'impossibilità per il richiedente, in ragione delle sue condizioni di salute fisiche o mentali, di sostenere l'audizione;

- per fornire una valutazione circa l'impatto che la tempistica della procedura può avere sul percorso terapeutico o sul decorso della sintomatologia del richiedente asilo vittima di tortura, dando indicazioni sull'opportunità di anticipare o posticipare l'audizione del richiedente;
- per dare indicazioni sull'opportunità che il richiedente, a causa della particolare condizione di fragilità emotiva o di grave psicopatologia, sia assistito durante l'audizione.

Nel caso di richiedenti protezione internazionale la certificazione non ha solo una finalità giuridico/amministrativa ma anche un effetto sul percorso terapeutico. La visita medico legale espone la vittima inevitabilmente al ricordo degli eventi violenti con un rischio di ritraumatizzazione. Per prevenire questo effetto è opportuno che la visita sia inserita in un percorso di presa in carico e che il richiedente riceva tutte le informazioni. L'adeguata preparazione psicologica alla visita riduce il rischio di ritraumatizzazione.

Per ciò che attiene all'accertamento di esiti fisici di traumi, ła procedura di certificazione si dovrebbe conformare agli standard internazionali previsti dal Protocollo d'Istanbul – Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante, sottoposto all'Alto Commissario per i Diritti Umani delle Nazioni Unite del 9 agosto 1999.

Il Protocollo di Istanbul, sebbene non abbia valore di norma cogente, rappresenta la più autorevole fonte internazionale di indirizzo sulle modalità d'indagine e documentazione degli esiti di tortura. La certificazione medico legale degli esiti di tortura deve rispettare adeguati standard minimi. La condizione essenziale per poter redigere una certificazione relativa ad esiti di tortura e violenza intenzionale è sempre rappresentata da una *presa in carico* in un percorso multidisciplinare, che tenga conto dell'approccio olistico alla salute e ai bisogni del richiedente asilo. Il paziente/richiedente deve essere valutato da personale appositamente formato.

Il medico che redige la certificazione deve essere imparziale, dovendo riportare con precisione e senza omissioni tutti gli elementi rilevati nel corso della visita e tutta la documentazione esaminata. Inoltre, non deve esprimere alcuna opinione sul merito della richiesta di protezione. La certificazione, dunque, non dovrebbe includere conclusioni o pareri circa la veridicità della narrazione del richiedente, ma dovrebbe piuttosto limitarsi a valutare se i sintomi fisici o psichici riscontrati sono congruenti, e in che misura, con la descrizione degli eventi fornita dal richiedente rispetto ai traumi subiti. La certificazione inoltre può dare indicazioni, quando possibile, sull'epoca in cui si sono verificati e inoltre sulla eventuale permanenza in condizioni degradanti e prive di assistenza medica.

Infatti, nel processo di valutazione della domanda di protezione internazionale, la certificazione deve essere considerata congiuntamente alle dichiarazioni rese dal richiedente, in sede di verbalizzazione della domanda e durante l'audizione, alle informazioni sul Paese di origine e agli altri documenti o testimonianze portati all'attenzione dell'organismo accertante.

Secondo l'art. 3, comma 1 del Decreto Legislativo n. 251 del 2007, l'esame della domanda di protezione internazionale è svolto in cooperazione con il richiedente e riguarda tutti gli elementi significativi della domanda[23].

L'articolo richiamato, dunque, chiarisce che, alla base della domanda di protezione, sussiste una condivisione dell'onere di determinare i fatti tra il richiedente e l'esaminatore e che tale onere si concretizza anche nel facilitare la produzione di elementi rilevanti, tra i quali si devono intendere anche i certificati medici.

---

[23] Sul punto si veda anche il paragrafo 205 del Manuale dell'UNHCR sulle procedure e sui criteri per la determinazione dello status di rifugiato, del settembre 1979.

Quando il richiedente è portatore di esigenze procedurali specifiche, è opportuno che l'organismo accertante sia tempestivamente informato, previo consenso del richiedente, dagli operatori del centro ove il richiedente è ospitato, o dal medico che lo ha in cura.
In linea di principio i certificati devono essere consegnati al richiedente che li sottoporrà all'attenzione dell'organo accertante. Quando la necessità di accelerare, o altri motivi, determinino un'esigenza di comunicazione diretta tra il medico certificatore e l'organismo accertante, o quando essa per qualsiasi ragione avvenga per via telematica, il certificato medico deve includere il consenso scritto del richiedente.
In ogni caso, tenuto conto dei termini di legge previsti per la procedura di determinazione della protezione internazionale, l'invio di detta documentazione deve avvenire in tempi tali da permettere ai componenti della Commissione territorialmente competente una congrua valutazione, preferibilmente prima dell'audizione del richiedente. Nelle eventualità in cui il necessario approfondimento medico non sia compatibile con i termini della procedura, il medico certificante può chiedere all'organismo accertante di posticipare la decisione finale o, se necessario, l'audizione ad una data utile entro cui il certificato possa essere prodotto. L'organismo accertante deciderà in merito a suddetta richiesta anche tenendo conto delle esigenze del richiedente.
Una tempestiva segnalazione consente all'organismo accertante una calendarizzazione dell'audizione calibrata sulle esigenze dell'istante, ma anche un'adeguata preparazione del *setting,* così come della Commissione.
Talora, durante l'audizione del richiedente, può emergere l'esigenza di segnalare la condizione di vulnerabilità della vittima di tortura ai fini di una presa in carico sanitaria; in tali casi è onere dell'organismo accertante segnalare, previo consenso, il caso agli operatori del Centro di Accoglienza nel quale è ospitato l'istante e, se disponibile, al medico di medicina generale, al fine di garantire al richiedente l'accesso a cure adeguate.
Allo stesso modo, l'organismo accertante può rappresentare l'esigenza di acquisire certificazione medica ad integrazione dell'istruttoria; in questo caso sarà cura dell'organismo accertante acquisire il consenso del richiedente a sottoporsi ad analisi medica ed inviare lo stesso presso un centro di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale.
Come previsto dall'art.13 comma 2 del DLGS 25/2008, il richiedente in condizioni di vulnerabilità può essere assistito durante l'audizione in Commissione; tale assistenza è consigliata laddove la vittima di tortura o violenza grave, a causa della fragilità emotiva, può avere delle difficoltà nella ricostruzione della propria vicenda personale e qualora la presenza di un medico, di un operatore del centro d'accoglienza ove il richiedente è ospitato o di altro specialista degli enti di tutela con cui il richiedente ha costruito un rapporto di fiducia, possa rappresentare un utile sostegno. Per quanto riguarda le vittime di tortura che manifestano una alterazione dei piani di realtà e, a causa della gravità psicopatologica, hanno un alto rischio di "incongruità" è suggerito il sostegno specialistico durante l'audizione.
Durante il percorso valutativo i medici coinvolti devono utilizzare un approccio che tenga conto dell'età, del genere, dell'identità di genere e dell'orientamento sessuale, nonché dell'origine culturale del richiedente. Molto importante è il *setting* in cui le visite vengono svolte, garantendo, a tutela della riservatezza, che i colloqui si svolgano in luoghi adeguati.
Infine, ove necessario, i colloqui devono essere svolti alla presenza di un mediatore linguistico culturale, adeguatamente formato.

4.2 Individuazione centri di riferimento per la certificazione

Per le complesse e delicate implicazioni non solo di tipo clinico assistenziale, ma anche etico e giuridico, la certificazione è un processo di grande significato che può determinare profondi cambiamenti nella vita della persona e della sua famiglia. È necessario quindi che essa venga effettuata da personale competente e da strutture che possano farsi carico di tutte le fasi del

percorso.
Alla luce di quanto sopra detto, affinché il processo di certificazione risponda ai requisiti indicati quali la multidisciplinarietà, l'adeguata formazione e competenza degli operatori, l'adeguato *setting*, la tutela della riservatezza e di tutti i diritti della persona richiedente, è necessario che tale processo si svolga all'interno di centri riconosciuti dal Servizio sanitario nazionale (SSN), la cui attività possa essere monitorata ed adeguatamente valutata.
I Criteri principali sono:

- Individuazione di tutti gli operatori coinvolti nel percorso multidisciplinare e relativa qualifica;
- Gli operatori devono essere esperti e/o adeguatamente formati;
- Presenza di un sistema anche informatico che documenti i colloqui, le visite, gli accertamenti effettuati e tenga traccia di tutte le persone che a vario titolo sono intervenute nel processo;
- Presenza di procedure per l'accoglienza e la presa in carico;
- Applicazione delle norme di tutela della *privacy*, per la conservazione della documentazione, compresi i consensi informati e l'assenza di conflitti di interesse da parte degli operatori;
- Rispetto dei diritti della persona richiedente che accede ai servizi sanitari:
  - Diritto alla globalità dell'intervento: oltre alla cura, occorre mitigare la sofferenza, contenere le eventuali disabilità, effettuare la prevenzione e la promozione della salute;
  - Diritto alla partecipazione e al coinvolgimento nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;
  - Diritto ad una comunicazione trasparente;
  - Diritto alla sicurezza, appropriatezza e qualità delle cure con l'indicazione delle modalità, degli strumenti e delle attività che vengono attuate e sostenute.
- Equità di accesso e uguaglianza di salute: devono essere disparità nell'accesso alle cure e differenze nello stato di salute rispetto alle diversità di genere, di età, di abilità (fisiche e psichiche), di origine etnica, di orientamento sessuale, di condizioni socio-economiche, culturali, religiose e linguistiche, come previsto in particolare dalla Carta di Nizza;

Il processo di certificazione deve avvenire preferibilmente in strutture del Servizio sanitario nazionale che devono essere identificate dalle ASL/Regioni come idonee per svolgere tale attività in conformità con quanto previsto nel presente documento.
La ASL può svolgere tale attività attraverso i propri servizi ed operatori sanitari, formalmente individuati e adeguatamente formati, anche in materia di educazione dei diritti umani.
La certificazione può essere rilasciata anche da centri/organizzazioni no profit, individuati dalla Asl/Regione sulla base di requisiti stabiliti, che per esperienza, competenza, assenza di conflitto di interessi e di ogni altra forma di condizionamento, possano garantire la correttezza e la completezza del percorso di certificazione. Tali centri devono essere riconosciuti e registrati dalla ASL/Regione in un elenco reso disponibile ai richiedenti asilo nonché alle autorità deputate alle azioni di verifica e controllo. Tutte le strutture che svolgono questo compito devono garantire l'imparzialità, la multidisciplinarietà, l'accessibilità, la sostenibilità e la presa in carico ed è necessario che corrispondano ad un obbligo informativo verso la ASL/Regione di pertinenza, utile ai fini della programmazione delle prestazioni che devono essere offerte a tali pazienti.

4.3 Struttura e contenuto della certificazione

Proprio in ragione del carattere olistico della valutazione clinica degli esiti di tortura o violenza grave, la certificazione deve tener conto dell'insieme di tutti gli elementi medico-psicologici. La certificazione deve includere gli elementi direttamente raccolti dal medico certificatore, così come ogni altro referto medico o relazione psicologica, anche redatti da altri professionisti, ritenuti rilevanti ai fini della valutazione conclusiva. Tutti i referti medici e le relazioni utilizzate ai fini della valutazione andranno allegati al certificato finale.
La certificazione finale, attestante gli esiti di tortura, deve tener conto degli elementi di seguito indicati:

- **Il contesto**
  - Eventuale ente inviante allegando le motivazioni scritte che hanno accompagnato la richiesta;
  - Sede della visita e qualificazione del certificante;
  - Nome e cognome e ruolo (occasionale, professionale, collaboratore della struttura che certifica, del centro di accoglienza, etc.) delle persone presenti alla visita;
  - Consenso informato firmato dall'interessato previa informazione sulle finalità e modalità della visita e sull'obbligo della riservatezza;
  - Nel caso venga richiesta copia della certificazione dal professionista che prepara il richiedente asilo all'audizione o che assiste il richiedente in giudizio, dovrà esserne fatta esplicita menzione nel modello di consenso informato.
- **Dati anagrafici**
  - Nome, cognome, sesso , data e paese di nascita, estremi del documento di identità, qualora presente, fornito di fotografia, indicazione del domicilio in Italia.
- **Anamnesi familiare**
  - Con particolare attenzione alla presenza di familiarità per gravi malattie mediche-psichiatriche.
- **Anamnesi fisiologica**
  - Con particolare riguardo alla scolarità, alle attività lavorative svolte, alle attività sportive, servizio di leva.
- **Anamnesi patologica remota**
  - Con particolare riguardo alle patologie croniche psicofisiche e agli infortuni sul lavoro, stradali, sportivi, etc.;
  - Allegare copia della documentazione medica esaminata.
- **Anamnesi traumatica**
  - Persecuzioni ed esperienze traumatiche vissute individualmente come vittima o testimone dal paziente;
  - Lutti/persecuzioni significative che hanno coinvolto persone care.
- **Esame obiettivo**
  - Valutazione dello status psicopatologico con particolare riguardo alla descrizione della sintomatologia postraumatica;
  - Esame obiettivo con descrizione analitica degli esiti rilevanti ai fini della certificazione (sede, forma, dimensioni) con indicazione della causa (esiti di ferita da taglio, di ferita lacero contusa, di ustione da liquidi, da strumento surriscaldato, di colpo da arma da fuoco, etc.) e del presumibile tempo trascorso dal trauma.

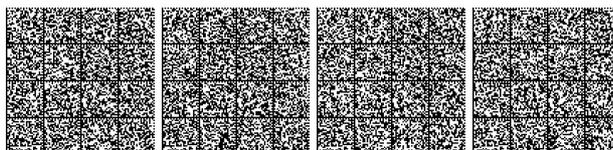
- **Documentazione da allegare**
  - Allegare in copia tutta la documentazione rilevante esibita dal richiedente;
  - La certificazione medico legale può essere integrata, se possibile, da adeguata documentazione fotografica degli esiti visibili di tortura o violenza grave. Tale documentazione può essere particolarmente utile nel caso di lesioni recenti con caratteri destinati ad attenuarsi nel tempo.
- **Conclusioni**
  - Sarà definito, nei limiti del possibile, il tempo in cui si sono verificati i traumi; è utile a tal quanto descritto nella scheda personale alla prima visita dal medico di medicina generale;
  - nel valutare la correlazione tra le violenze denunciate e le lesioni fisiche e/o le alterazioni psicologiche si dovranno utilizzare le seguenti formule conclusive tratte dal Protocollo di Istanbul (paragrafo 186):
    - *non compatibile: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non può essere stata causata dal trauma descritto*
    - *compatibile: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause*
    - *altamente compatibili: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto, e ci sono poche altre cause possibili*
    - *tipico: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause*
    - *specifico: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto*

Tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo n. 187 del Protocollo di Istanbul, che sottolinea come "*fondamentalmente, è la valutazione globale di tutte le lesioni che è importante nella storia di tortura e non la compatibilità di ogni lesione con un particolare tipo di tortura",* sulla base della valutazione psichiatrica e l'orientamento psicodiagnostico, dovrà essere espressa una valutazione sul grado di compatibilità tra le violenze, i traumi e le torture riferite, anche in correlazione con eventuali esiti fisici, e lo stato di salute fisica e mentale della persona.
Al fine di favorire una maggiore uniformità, su tutto il territorio nazionale, dei modelli utilizzati per le certificazioni e le relazioni, si riportano in allegato alle presenti linee guida alcuni schemi esemplificativi dei contenuti e della struttura delle certificazioni medico-legale e psichiatrica e delle relazioni medica e psicologica.

5. LA MEDIAZIONE CULTURALE

Il presente capitolo è dedicato alla mediazione culturale la quale rappresenta lo strumento privilegiato per fornire, nella relazione di aiuto, un supporto alle vittime di tortura. Vengono definite sia la mediazione di sistema sia quella linguistico-culturale. La "mediazione di sistema" è definita come quel «processo di trasformazione organizzativa, dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente siano sempre garantite». All'interno del sistema, la mediazione linguistico-culturale rappresenta lo strumento fondamentale per agevolare la comunicazione e la reciproca comprensione fra richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale ed umanitaria e operatori sociosanitari preposti alla loro presa in carico. Inoltre è importante nel promuovere la comprensione tra le diverse culture. Il capitolo si chiude con una tabella esplicativa dove vengono forniti suggerimenti per l'efficace intervento del mediatore linguistico culturale nel colloquio.

5.1 La mediazione di sistema

Definiamo "mediazione di sistema" quel «processo di trasformazione organizzativa, dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente siano sempre garantite», dove vengano date pari opportunità di accesso, dove le politiche ed i servizi giochino un ruolo attivo nell'individuare percorsi e metodologie d'intervento e dove l'individuo e la comunità d'appartenenza anche intesa come gruppo familiare o amicale o di riferimento fiduciario, non sia oggetto passivo ma partecipi con pari dignità nella definizione e messa in atto di adeguati interventi di promozione della salute.
Proprio nell'ambito della tutela di persone straniere che hanno subito violenze intenzionali e/o tortura, le esperienze maggiormente significative maturate indicano in un *setting* allargato il luogo di un possibile ed efficace trattamento che passa attraverso l'accoglienza non ritraumatizzante, l'ascolto partecipato, la produzione di messaggi rassicuranti anche attraverso figure positive di persone appartenenti alla propria comunità allargata che sono inserite nella nuova società, la mediazione linguistica e culturale attenta e discreta, una riabilitazione attiva. Per ottenere ciò, secondo l'ottica della *mediazione di sistema* che vogliamo assumere come metodologia, tutti gli operatori sanitari e non, devono saper individuare gli strumenti adeguati per costruire una relazione diretta fra personale dei servizi e persona vittima di violenza intenzionale o tortura, devono essere disponibili ad un lavoro di rete allargato e integrato e ad una formazione continua anche "sul campo". In questa cornice la figura di mediatore, pur necessaria, non può sostituirsi alla relazione diretta, assumendo su di sé l'onere di incarichi di utilità comune o l'esclusività della relazione fra la l'utente e gli operatori dei servizi, bensì dovrà rivestire anche un ruolo specifico quale espressione del bisogno di *empowerment* da parte del singolo o del gruppo, più o meno allargato.
Nella filosofia della *mediazione di sistema*, per favorire l'accesso ai servizi e la fruizione dell'assistenza sanitaria da parte di persone vittime di violenza intenzionale e di tortura, ci si può avvalere di organizzazioni, operatori e strumenti appositamente creati, che possono fare da "ponte" fra la possibile popolazione assistita e i servizi: gruppi legati all'associazionismo, alla cooperazione sociale e al terzo settore in genere, in particolare nell'ambito della prima e seconda accoglienza, ma solo raramente legati alla tutela sanitaria; mediatori, interpreti, animatori di comunità e altre figure professionali o comunque competenti; materiale informativo multilingue, cartellonistica, indirizzari, mappature. Tutti elementi e strumenti fondamentali, il cui utilizzo va certamente valorizzato, perfezionato ed ampliato ulteriormente. E' importante che questi meccanismi di mediazione vengano impostati all'interno di un orientamento o adeguamento organizzativo e procedurale dei servizi stessi. Ci si deve adoperare per rendere tutti i servizi culturalmente competenti, producendo dispositivi organizzativi e occasioni di approfondimento adeguati. E' insufficiente ai fini del riconoscimento e della presa in carico delle persone vittime di violenza e tortura, delegare esclusivamente a figure più o meno specializzate, collettive o individuali, il compito della comunicazione, della mediazione e della relazione. Si deve avviare un processo dinamico che faccia aumentare la sensibilità e le competenze dell'intero sistema sanitario, la responsabilità organizzativa e individuale degli operatori, la necessità politica e sociale

di dare reali pari opportunità di accesso, la consapevolezza della popolazione di riferimento di una possibile loro diretta partecipazione nei percorsi di salute.
Il mediatore, quando necessario, deve essere il più possibile parte integrante nel percorso multidisciplinare, lavorare in sinergia con gli altri operatori, partecipare alle riunioni, essere considerato un professionista parte del gruppo ed elemento di un processo di progressivo aumento delle competenze di mediazione (reciproca) dell'intero sistema. Se il mediatore è parte integrante dei progetti finalizzati alla presa in carico e riabilitazione delle vittime di tortura, di gravi violenze o stupri**,** la sua attività dovrà essere collegata con quella degli altri operatori coinvolti così da risultare maggiormente rispondente agli obiettivi di accoglienza e/o integrazione del beneficiario. Ciò aumenterà il senso di responsabilità nei confronti dell'attività che sta svolgendo e la *mission* del servizio diventerà più chiara a tutte le parti coinvolte.
Se la mediazione avvicina il beneficiario al sistema e al contesto socio-culturale in cui esso è inserito, il mediatore deve essere considerato a tutti gli effetti un promotore di lavoro in rete tra Servizi e in quanto tale è una figura di sistema**.**

5.2 La mediazione linguistico culturale

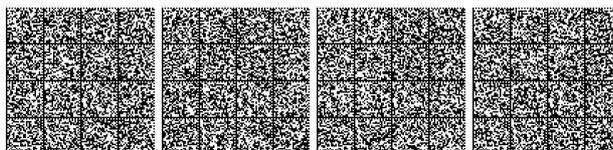
Da una ricognizione della letteratura in materia, si può evincere che in Italia c'è difformità di approcci circa la mediazione linguistico-culturale (MLC). Le differenze possono ricondursi a diverse dinamiche di carattere politico, sociale ed economico, declinate sia su scala nazionale che regionale. Perché sia realistico il passaggio da una 'società multietnica e multiculturale', vista come dimensione oggettiva per la presenza di più gruppi etnici, ad un dialogo tra persone appartenenti a contesti sociali, religiosi e culturali diversi, la presenza del mediatore linguistico culturale, o transculturale volendo sottolineare lo scambio tra culture, risulta essere fondamentale se riferito all'ambito socio-sanitario.
Nell'ambito dell'accoglienza di particolari gruppi, quali richiedenti e titolari di protezione sussidiaria e di status di rifugiato, la mediazione ha una funzione strategica, che di volta in volta risponde a esigenze sia di carattere emergenziale che strutturale nei diversi Servizi sociosanitari.
I concetti fondanti la pratica della mediazione e gli elementi identificativi del profilo professionale dei mediatori scaturiscono sia dall'esperienza di formazione e di utilizzo negli ultimi 20 anni sia dalle normative nazionali e regionali.
Nel complesso essa assolve al compito primario di agevolare la comunicazione e la reciproca comprensione fra richiedenti asilo, titolari di protezione internazionale ed umanitaria e operatori sociosanitari preposti alla loro presa in carico.
Il ruolo del mediatore è fondamentale nel promuovere la comprensione tra le diverse culture, poiché anche la malattia assume significati differenti a seconda della cultura di riferimento. Gli operatori devono infatti conoscere l'influenza dei valori e dei canoni culturali nella costruzione dell' immagine del proprio corpo e nel significato attribuito ai sintomi e alle malattie.
Anche gli organi (cuore o fegato) sono legati infatti a linguaggi culturalmente codificati che esprimono esperienze legate al corpo e alla malattia e che rischiano di non essere comprese se non ci si preoccupa di conoscere cosa significhino all'interno di uno specifico sistema simbolico.
La comunicazione quindi deve essere orientata a comprendere anche il senso attributo alla malattia da parte del paziente, in tal modo supportando sia la diagnosi che la terapia.
La mediazione linguistico-culturale, con approccio transculturale, svolge una funzione fondamentale per agevolare e favorire l'integrazione sociale in una prospettiva volta a tutelare il diritto al benessere bio-psico-sociale di ogni individuo e l'esercizio dei diritti fondamentali, incluso quello alla salute. I processi di mediazione linguistico-culturale hanno la finalità di rimuovere gli ostacoli, anche culturali, che impediscono la comunicazione tra servizi e persona straniera, di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria offerta, di individuare opportunità e percorsi positivi per una piena integrazione.

I RTP, soprattutto nelle fasi iniziali, ma spesso anche a distanza di tempo dall'arrivo, hanno difficoltà di comunicare, di comprendere e farsi comprendere. Le ridotte capacità linguistiche, oltre a rendere più complicato l'accesso ai percorsi di tutela dei loro diritti, possono compromettere gravemente le relazioni con il nuovo contesto, l'interazione clinica, terapeutica, di autonomia e inserimento sociale.
La mediazione linguistico-culturale offre la possibilità di esplicitare i diversi approcci del medico e del paziente al 'sistema salute' e al concetto di malattia e di cura in modo da poter costruire una solida alleanza terapeutica. Questa si sviluppa attraverso un graduale cammino di conoscenza e fiducia reciproci, alla base del percorso di assistenza, trattamento e riabilitazione.
Il mediatore linguistico-culturale è un operatore qualificato e rappresenta il fondamentale anello di congiunzione tra il terapeuta e il paziente.
Il ricorso alla mediazione linguistico culturale con le vittime di tortura in ambito sanitario e più specificamente, nell'ambito della salute mentale, deve tener conto di alcune riflessioni e suggerimenti: la comunicazione inadeguata con le persone che non parlano la nostra lingua – o ne hanno una conoscenza limitata-riduce la possibilità di accesso ai servizi sanitari e incide anche sulla qualità del trattamento[24]. Infatti quando la comunicazione tra medico e paziente non è adeguata è più facile la probabilità di incorrere in un errore diagnostico e di trattamento
In campo psichiatrico la valutazione di un paziente in una lingua diversa dalla lingua madre può portare a una valutazione incompleta o distorta delle condizioni mentali.
Sono state elaborate linee guida per il lavoro con gli interpreti nel campo della salute mentale (Minas H, 2001) in cui si precisano:
-l'importanza dello stigma presente in tutte le culture, la confidenzialità, la difficoltà del linguaggio tecnico, le attitudini dell'interprete, la difficoltà di tradurre se il paziente parla velocemente (ad es in caso di mania), l'accuratezza dell'informazione (ad es senza dare un senso a frasi che esprimono fuga delle idee, disfasia, disturbi del pensiero);
-la continuità in modo che un paziente sia seguito, ove possibile, sempre dallo stesso interprete così come i rapporti con la famiglia;
-chiedere al paziente di aiutare l'interprete a capire correttamente;
- pensare che "si lavora con l'interprete" e non che "si usa" l'interprete;
- offrire formazione specifica sia al personale sanitario che lavora con gli interpreti, sia al mediatore linguistico culturale per l'ambito di intervento sanitario.
Nella letteratura medica[25] sono numerosi gli studi che valutano i costi e i benefici dei servizi di interpretariato in sanità; una *review* , condotta su 2640 articoli da cui ne sono stati selezionati 36 considerati validi da un punto di vista metodologico (Flores, 2005) dimostra che il servizio di interpretariato diminuisce gli errori medici e migliora la soddisfazione dei pazienti.

[24] Cfr. Minas H., Stancovska M., Ziguras S., (2001), *Working with interpreters: guidelines for mental health professionals*, Victoria, reperibile on line http://vtmh.worldsecuresystems.com/docs/interpreter_guidelines.pdf, consultato in data 13 agosto 2015.

[25] Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. Med Care Res Rev. 2005 Jun;62(3):255-99

Tabella 10– Suggerimenti per l'efficace intervento del mediatore linguistico culturale nel colloquio (tratto da Minas 1991)

SUGGERIMENTI PER L'EFFICACE INTERVENTO DEL MLC NEL COLLOQUIO			
Prima dell'intervista	***Per la prima intervista:***	***Durante il colloquio***	***Dopo l'intervista***
• Individuare il MLC più adatto al caso (lingua, area di provenienza, gruppo etnico, genere) • Pianificare i tempi del colloquio e il setting • Descrivere brevemente il caso, le terminologie che ci si aspetta di usare o ogni altra informazione utile che possa essere rilevante; • Descrivere su come si svolgerà il colloquio • Ricordare al MLC di 'spiegare', sia al terapeuta che al paziente, il significato di tutte le parole, anche quelle che apparentemente potrebbero apparire meno importanti.	• Presentarsi, spiegare ruoli, funzioni e le finalità del colloquio • Spiegare che si è vincolati da un codice etico e deontologico che impone loro di trattare tutto ciò che verrà detto in modo confidenziale e strettamente riservato.	• Assicurarsi che la disposizione dei posti a sedere faciliti la comunicazione tra il paziente, il medico e il mediatore linguistico-culturale • Se è presente anche un tutore, dovrebbe sedersi accanto al paziente; • Formulare frasi e domande ragionevolmente brevi e concise; • Fare attenzione nel caso in cui il MLC debba chiarire una frase o una risposta al paziente/tutore; • Tener presente che la direzione del colloquio e la possibilità di intervenire fanno parte delle responsabilità del medico. • Mantenere un contatto visivo con il paziente, anche quando il MLC sta traducendo. • Parlare direttamente al paziente. • Evitare un linguaggio gergale o colloquiale che potrebbe essere difficile da tradurre e spiegare tutti i concetti o i termini difficili. Quando è necessario usare termini tecnici, sarà responsabilità del medico spiegarne i significati (e non del MLC); • Fare attenzione al linguaggio del corpo, sia del MLC che del paziente; • Tener presente il significato attribuito dal RTP al disagio psico-sociale nella specificità della sua lingua madre	• Chiedere al MLC se vuole fare qualche commento; • Garantire al MLC qualche tempo per discutere degli aspetti del colloquio che potrebbero essere sembrati confusi o stressanti; • Discutere con il MLC di eventuali comportamenti non soddisfacenti. • Chiedere al MLC se vuole fare qualche commento; • Garantire al MLC qualche tempo per discutere degli aspetti del colloquio che potrebbero essere sembrati confusi o stressanti; • Discutere con il MLC di eventuali comportamenti non soddisfacenti.

6. OPERATORI COINVOLTI E TUTELA DELLA LORO SALUTE

Nel presente capitolo vengono considerate le principali figure professionali a cui è rivolto questo documento di linee guida. In tal senso, particolare risalto viene dato alla tutela della salute degli operatori che lavorano con le vittime di tortura, al fine di prevenire ed intervenire con tempestività sullo stress lavoro-correlato, in particolare in riferimento alla sindrome di burn-out e alla traumatizzazione vicaria. Infatti il personale coinvolto nell'assistenza, nel trattamento e nella riabilitazione delle vittime di tortura, ma anche quello coinvolto nel controllo e nella valutazione delle domande di protezione, si trova di fronte alla multidimensionalità e alla complessità dei bisogni delle vittime, sia di salute che relazionali, legali, economici, sociali. E' pertanto necessario essere consapevoli che l'impatto emotivo, dovuto alla drammatica storia dei RTP, nonché fattori individuali e organizzativi possono determinare il possibile sviluppo di malattie da stress lavoro-correlate negli operatori.

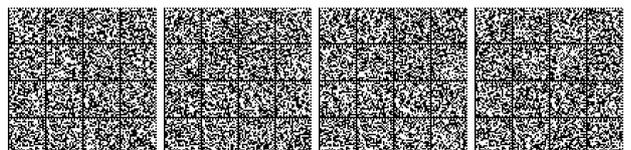
6.1. Operatori destinatari delle presenti linee guida

Gli interventi specifici di tutela della salute delle vittime di tortura o di altre gravi forme di violenze hanno come ambito di azione primario, ma non esclusivo, il sistema sanitario pubblico. Infatti, seppure la stabilizzazione clinica dei sintomi dipende anche da agenti esterni all'ambito sanitario, il sistema sanitario nazionale costituisce lo snodo organizzativo per tutti gli interventi di presa in carico e riabilitazione.
Affinché gli interventi siano efficaci, è necessario che tutti gli operatori a diverso titolo coinvolti siano adeguatamente formati; la formazione deve essere rivolta ad una pluralità di figure professionali, afferenti sia al sistema pubblico che agli enti, associazioni ed organismi di accoglienza e tutela dei rifugiati. E' inoltre necessario che tutti gli operatori siano consapevoli e preparati allo stress derivante dalle loro mansioni.[26]
Le presenti linee guida sono pertanto rivolte, seppure con indicazioni specifiche ad ogni ruolo professionale, ad una pluralità di figure quali:

- ✓ gli operatori socio-sanitari, delle aziende sanitarie pubbliche e di enti, associazioni ed organismi di tutela dei RTP;
- ✓ i mediatori linguistico-culturali che entrano in contatto con i RTP, compresi i mediatori presso i Tribunali competenti;
- ✓ gli operatori delle Prefetture, Questure, Capitanerie di porto, Marina Militare, Guardia di finanza, Autorità aeroportuali e di frontiera;
- ✓ gli operatori dei centri di primo soccorso, di accoglienza ed identificazione;
- ✓ i componenti le Commissioni Territoriali per l'esame della domanda di asilo;
- ✓ i componenti la Commissione nazionale per il diritto d'asilo;
- ✓ avvocati e/o operatori legali che sostengono i RTP nella fase di domanda di protezione o di ricorso;
- ✓ operatori scolastici ed altri operatori che per il loro ruolo entrano in contatto con i RTP.

6.2. La tutela della salute degli operatori

Uno degli obiettivi delle presenti linee guida è la tutela della salute degli operatori che lavorano con le vittime di tortura, al fine di prevenire ed intervenire con tempestività sullo stress lavoro-correlato, in particolare in riferimento alla sindrome da *burn out* e alla "traumatizzazione vicaria".
Intervenire sugli effetti che possono presentarsi a breve, medio e a lungo termine sul personale

[26] Direttiva 2013/3/UE art. 25 co.2 " *Le persone che si occupano delle vittime di torture, stupri o altri gravi atti di violenza hanno ricevuto e continuano a ricevere una specifica formazione in merito alle esigenze delle stesse e sono soggette, conformemente a quanto stabilito dal diritto nazionale, all'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni di cui dovessero venire a conoscenza nello svolgimento della loro attività."*

coinvolto nell'assistenza, trattamento e riabilitazione delle vittime di tortura, ma anche su quello coinvolto nel controllo e nella valutazione delle domande di protezione, rappresenta una questione rilevante non solo in tema di prevenzione, ma anche in ambito di programmazione sanitaria.

Lo stress lavoro-correlato è definito come "una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro". (Accordo Europeo sullo stress sul lavoro-Bruxelles, 8 ottobre 2004)

Nell'ambito del loro ruolo di assistenza alle vittime di tortura, stupro e altre forme di violenza, gli operatori che lavorano a contatto con l'utenza nei centri di accoglienza, piuttosto che negli enti di tutela o nei servizi socio-sanitari (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, mediatori linguistico-culturali, operatori del settore pubblico e privato sociale, forze dell'ordine, operatori del pubblico impiego, avvocati, membri delle commissioni territoriali) si trovano di fronte alla multidimensionalità e alla complessità di bisogni delle vittime, non solo bisogni di salute, ma anche relazionali, legali, economici, sociali e spesso sono nell'impossibilità di dare risposte immediate e complete alle loro aspettative. L'impatto emotivo e il possibile sviluppo di malattie da stress lavoro-correlate dipendono non solo dalla drammatica storia dei RTP ma anche da fattori individuali e organizzativi.

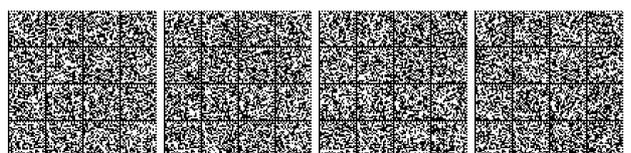
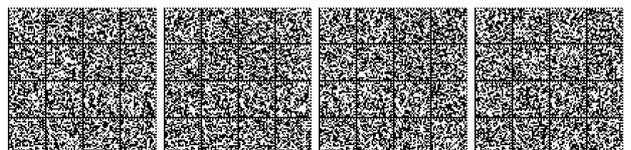
Fra questi ultimi, possono contribuire allo sviluppo delle malattie da stress lavoro-correlate l'insufficienza e l'inadeguatezza delle risorse e degli strumenti a disposizione, la carenza di *training* e formazione del personale, gli ostacoli burocratico-organizzativi e gestionali. Anche la presenza di barriere che impediscono o ritardano l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari pubblici, le difficoltà legate alla procedura d'asilo, i problemi di inserimento socio-lavorativo possono trasformarsi in fattori di rischio per lo sviluppo di malattie da stress lavorativo e da traumatizzazione "da compassione".

E' pertanto necessario elaborare piani d'azione per ridurre al minimo i rischi che tengano in considerazione alcuni elementi quali la selezione degli operatori che devono lavorare con RTP e vittime o testimoni di violenze estreme, la valutazione e il monitoraggio della loro risposta emotiva, l'ambiente e le condizioni di lavoro, la formazione degli operatori su come riconoscere i segni dello stress in se stessi e nei colleghi di lavoro e come affrontare le reazioni emotive delle vittime di tortura.

Le sindromi strettamente legate ad una condizione di stress lavoro correlato sono: il *Burn out* e il Trauma Vicario.

- Il *Burn out* viene definito come "esaurimento della forza o della motivazione fisica o emotiva abitualmente dovuto a stress o frustrazione prolungata, causato da stress lavorativo cronico non adeguatamente gestito." (Felton, 1998);
- Il trauma vicario è la complessa risposta emotiva, fisica e comportamentale delle persone che lavorano con le vittime di gravi forme di violenza intenzionale (tortura, stupri, trattamenti disumani e degradanti). I segni e sintomi sono molto simili a quelli dei pazienti assistiti. Infatti in molti operatori, seppur motivati nella relazione d'aiuto, l'affrontare insieme ai pazienti esperienze particolarmente traumatiche quali la tortura, la violenza, l'aggressione e il sadismo, la vergogna, l'orrore, il dolore, il terrore, l'angoscia può determinare un trauma indiretto o vicario (Da Società Italiana per lo studio dello stress traumatico–SISST).

Gli interventi per prevenire il *burn out* e la traumatizzazione vicaria degli operatori destinati ad interventi di assistenza, trattamento e riabilitazione a favore dei RTP sono:

- ✓ Assicurare un contesto lavorativo nel quale siano presenti gruppi di operatori multiprofessionali e interculturali specializzati;

- ✓ Favorire il benessere organizzativo, cioè la capacità di promuovere e mantenere il benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori coinvolti, rafforzando motivazioni e significati nel proprio lavoro. Creare un clima di lavoro dove gli operatori possano riconoscersi ed essere riconosciuti, poter esprimere le proprio competenze, crescere professionalmente ed avere le giuste gratificazioni.
- ✓ Prevedere la supervisione nelle sue diverse forme (individuale, di gruppo, clinica, gestionale-organizzativa) quale importante strumento preventivo dello stress negli operatori coinvolti; è necessario che prima della supervisione venga fornita al personale coinvolto una specifica formazione per acquisire adeguate tecniche di gestione dello stress emozionale.
- ✓ Promuovere il lavoro di rete con gli altri attori presenti nel territorio (enti, associazioni) per integrare gli interventi clinici con interventi psicosociali che permettano la comprensione dell'esperienza del migrante, il miglioramento della sua capacità di resilienza, l'assistenza al *resettlement*.
- ✓ Garantire una adeguata formazione ed aggiornamento, al fine di rafforzare la capacità di gestire le condizioni di disagio di fronte al trauma riferito.
- ✓ Attivare il sostegno specialistico ai lavoratori nei momenti difficili o di crisi, laddove le attività di prevenzione dell'impatto emotivo delle storie traumatiche non sono state sufficienti.

7. LA FORMAZIONE

La formazione e l'aggiornamento degli operatori rappresentano uno strumento fondamentale per promuovere la qualità e l'armonizzazione degli interventi di accoglienza e assistenza rivolti a richiedenti e a titolari di protezione internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Un'adeguata formazione fa sì che tutti gli operatori coinvolti possiedano le conoscenze e le competenze necessarie a rispondere ai bisogni, anche non espressi, dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. In questo capitolo vengono delineati le caratteristiche e i contenuti essenziali da prevedere nei percorsi formativi riepilogati anche in una tabella sinottica.

La formazione e l'aggiornamento degli operatori rappresentano uno strumento fondamentale per promuovere la qualità e l'armonizzazione degli interventi di accoglienza e assistenza rivolti a richiedenti e a titolari di protezione internazionale. Più precisamente, un'adeguata formazione massimizza la possibilità che tutti gli operatori – a diverso titolo coinvolti – che entrano in contatto con queste persone, possiedano le conoscenze e le competenze necessarie a rispondere ai loro bisogni, espressi o inespressi, evidenti o latenti.
Diversi soggetti istituzionali sono attivi in questo settore: l'agenzia EASO (European Asylum Support Office) dell'Unione Europea ha sviluppato uno 'European Asylum Curriculum', che definisce un "sistema di formazione professionale comune, rivolto principalmente ai/alle responsabili dei casi di asilo e ad altri esperti/esperte del settore nell'Unione europea"; l'UNHCR, nell'ambito del suo mandato di protezione dei richiedenti asilo e rifugiati, di sorveglianza dell'applicazione della Convenzione di Ginevra (art. 35 della Conv.) e nel compimento del suo ruolo istituzionale di sostegno agli stati nello sviluppo dei sistemi asilo nazionali, sviluppa percorsi di formazione per i rappresentanti delle istituzioni pubbliche e gli operatori del settore; anche altre Istituzioni (es. INMP, ISS, OIM), diverse Organizzazioni Non Governative, società scientifiche di settore e altre Associazioni attive nel campo dei rifugiati hanno maturato, negli anni, esperienze specifiche nell'ambito della formazione del personale. I materiali prodotti, nonché i programmi di formazione promossi da queste diverse organizzazioni costituiscono utili risorse di cui tener conto.
Con riferimento al contesto italiano, la formazione deve rispondere ad una "strategia multi-livello" coerente ed integrata ai contesti ed ai percorsi di tutela dei richiedenti e titolari di protezione internazionale.
È possibile distinguere tre livelli, che riconoscono target, tempistiche e obiettivi specifici:

- primo livello, di "sensibilizzazione" rivolto a tutti gli operatori, al fine di renderli consapevoli del profilo di vulnerabilità delle persone assistite e dei loro diritti, con la finalità di promuovere la capacità di rilevare precocemente possibili situazioni di violenza grave;
- secondo livello, di "facilitazione e supporto" destinato agli operatori coinvolti nel percorso mutidisciplinare, operanti nei diversi contesti di trattamento dei rifugiati, per fornire elementi operativi ed organizzativi coerenti con il contesto di intervento assistenziale in una logica di presa in carico globale;
- terzo livello, di "formazione specifica", rivolto a determinate figure professionali e gruppi multi professionali, volto a conseguire competenze assistenziali specifiche.

Tale formazione deve avere quali principali caratteristiche:

- l'essere concepita secondo finalità collegate agli specifici contesti che caratterizzano il percorso, dall'arrivo fino ai luoghi di permanenza più stabili: sbarco, prima accoglienza, SPRAR, territorio;
- l'essere strutturata per obiettivi costruiti su bisogni formativi precedentemente evidenziati;

- l’essere sufficientemente flessibile da poter essere praticabile in scenari diversi, secondo le caratteristiche, le esigenze e i vincoli propri di quello scenario;
- l’essere affidata ad attori competenti e responsabili secondo modalità che ne consentano un’efficiente implementazione sul territorio.

Quale modalità di formazione, considerata la sostenibilità degli interventi e la pluralità delle istituzioni coinvolte nonché la prevedibile mole degli operatori da raggiungere, si suggerisce l’utilizzo di modalità di formazione “a cascata”.
Questa presuppone un’iniziale “formazione di formatori” provenienti dai diversi territori, individuati secondo requisiti predefiniti in termini di competenza ed esperienza specifiche e riconosciute nel campo dell’asilo e dell’educazione ai diritti umani nonché di consolidata esperienza in ambito formativo in grado di attivare un processo di formazione successivo rivolto ad ulteriori operatori fino a raggiungere la totalità degli operatori target.

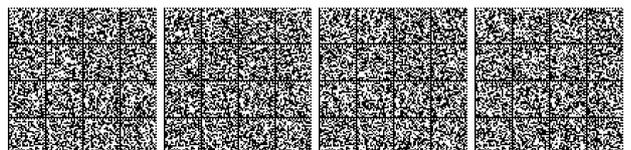
E’ necessario che il Programma formativo definisca:

- il livello di formazione (primo, secondo o terzo)
- gli obiettivi
- i destinatari
- i contenuti
- i soggetti responsabili della formazione
- le modalità formative
- la tempistica
- la logistica

Per quanto riguarda i contenuti in tabella 11 vengono riportati gli elementi essenziali, quali “*core competence*”, per garantire l’adeguato e uniforme livello di competenza degli operatori coinvolti, su tutto il territorio nazionale.
Per quanto riguarda i soggetti responsabili della formazione, ai diversi livelli e nei diversi contesti, questi devono essere individuati sulla base delle specifiche competenze ed esperienze in materia di migrazione e di formazione.
Per quanto riguarda le modalità formative, oltre ad auspicare il ricorso ad una pluralità di approcci (frontale, partecipato attraverso casi simulati e *role playing*, basato sull’esperienza, formazione sul campo, etc.), si ritiene opportuno assicurare l’omogeneità degli approcci e degli strumenti utilizzati in coerenza con quanto indicato nelle presenti linee guida.

Tabella 11- Contenuti essenziali da trattare nella formazione

1	Instabilità geopolitica e violazione dei diritti umani nei Paesi di origine e di transito
2	Le dinamiche di migrazione (situazioni di esposizione legate al viaggio)
3	Diritti e doveri dei RTP
4	Fattori di resilienza e di vulnerabilità
5	Principali forme di violenza fisica, psicologica e sessuale
6	Violenza di genere
7	Aspetti clinici specifici in ambito traumatologico e psico-traumatologico
8	Principi di psicoterapia e approccio al paziente
9	La mediazione culturale nel processo di cura
10	Informazione e orientamento ai servizi socio-sanitari
11	I Progetti di integrazione sociale nel lavoro di rete
12	Interventi di prevenzione e sostegno per la salute degli operatori

Inoltre, in aggiunta alla suddetta formazione programmata in modo mirato e sviluppata attraverso una strategia “a cascata”, è auspicabile che le Istituzioni e Organizzazioni coinvolte nell’accoglienza e assistenza ai richiedenti e titolari di protezione internazionale che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale promuovano e supportino l’inserimento di moduli specifici, che richiamino i contenuti delle presenti linee guida, all’interno dei percorsi formativi già attivi nel settore della migrazione e dell’asilo.
Tra le strategie da porre in essere si segnala l’utilità che, le Amministrazioni coinvolte, a partire dal Ministero della salute, Assessorati regionali alla Sanità, alle Politiche sociali e all’Istruzione/Formazione, Aziende sanitarie locali, Comuni e Municipi, Ministero dell’interno (Prefetture, Questure, Commissione nazionale per il diritto d’asilo), Scuola Superiore della Magistratura, Capitanerie di porto, Marina Militare, Guardia di finanza, Autorità aeroportuali e di frontiera, attivino forme di collaborazione (anche attraverso atti formali quali Protocolli d’intesa e Accordi di collaborazione) con le Università, gli Ordini, gli Albi e i Collegi professionali, le Società Scientifiche e gli Istituti nazionali a diverso titolo coinvolti.

Bibliografia

Alayarian A. (2009). Children, torture and psychological consequences. Torture: Journal of Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture, 19(2), 145-156.

APA (2010). Resilience and recovery after war: refugee children and families in the United States. Washington, DC: American Psychological Association.

Aragona M., Catino E., Pucci D., Carrer S., Colosimo F., Lafuente M., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S. (2010). The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. Journal of Traumatic Stress, 23, 615-622.

Aragona M., Geraci S., Mazzetti M. (a cura di) (2014). Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura. Pendargon, Bologna.

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 49, 169-175.

Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Geraci S. (2012). Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants: a primary care study. Italian Journal of Public Health, 9, 67-74.

Betancourt T.S., Khan K.T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. International Review of Psychiatry, 20, 317-328.

Birman D., Ho J., Pulley E., Batia K., Everson M. L., Ellis H., Gonzalez A. (2005). Mental health interventions for refugee children in resettlement (White Paper II). Washington, Dc: National Child Traumatic Stress Network.

Bollini P, Siem H (1995). No real progress towards equity: Health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Soc Sci Med, 41, 819–828.

Bonanno G., Mancini A. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. Pediatrics, 121, 369-375.

Boscarino J.A. (2004). Post-traumatic stress disorder and physical illness: Results from clinical and epidemiologic studies. Annals of the New York Academy of Science, 1032, pp. 141–153.

Bracci C. (2009). La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati, Sviluppo Locale Edizioni, Roma.

British Medical Association (2002). Asylum seekers: meeting their healthcare needs. BMA, publications unit, London.

British Medical Association (2004). Meeting the healthcare needs of refugees and asylum seekers: a survey of general practitioners. BMA, Health Policy and Economic Research Unit, London.

Bryer J.B., Nelson B.A., Miller J.B., Krol P.A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. Am J Psychiatry,144:1426–1430.

Bruscaglioni M (1991). La gestione dei processi nella formazione degli adulti. Milano, Franco Angeli.

Chu J.A, Dill D. (1989). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. Am J Psychiatry,148: 50–54.

Civitelli G, Calcaterra V, Censi V, Ferretti F, Gonzales Ibanez G, Marani A, Mastrantonio E, Orioli R, Renzi D, Rinaldi A, Rubino C, Benedetti P, Tarsitani G, Marceca M. (2014). La realtà dei richiedenti asilo e rifugiati e la formazione dei futuri operatori socio-sanitari: una palestra di Salute Globale tra Italia, Germania e Svizzera.

In: Atti del XIII Congresso Nazionale SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni). Agrigento, 14-17 maggio 2014.

Cloitre M., Stolbach B.C., Herman J.L., Van Der Kolk B.A, Pynoos R., Wang J, Petkova E. (2009). A developmental approach to Complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. Journal of Traumatic Stress. 22(5), pp. 399-408.

Cole P., Putnam F.W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. J Consult Clin Psychol.,60:174–184.

Commissione Europea (2000). Memorandum sulla istruzione e formazione permanente. Bruxelles.

Courtois C.A., Ford J.D. (2009). Treating Complex Traumatic Stress Disorder, the Guilgord Press, New York.

Chriman A. and Dougherty J. "Mass Trauma: Disasters, Terrorism, and War" (2014). Uniformed Services University of the Health Sciences Paper 124.

Davis L., Siegel L. J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. Clinical Child and Family Psychology Review, 3, 135-154.

Daud A., Klinteberg B., Rydelius P. A. (2008). Trauma, PTSD and personality: the relationship between prolonged traumatisation and personality impairment. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22, 331-40.

De Jong J. T.V.M, Komproe I.H., Spinazzola, J., Van Der Kolk B.A, Van Ommeren M.H.(2005). DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. Journal of Traumatic Stress., 18(1), pp. 13-21.

Demetrio D. (1997). Manuale di educazione degli adulti. Roma-Bari, Laterza.

Dykman R.A. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). Child Abuse Negl. 22:759–774.

Ehntholt K., Yule W. (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 1197-1210.

Eisenman D.P., Keller A.S., Kim G. (2000). Survivors of torture in a general medical setting : how often have patients been tortured, and how often is it missed? West J Med, 172, 301-304.

Fazel M., Wheeler J., Danesh J. (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet, 9467, 1309-1314.

Ford J. D., Kidd P. (1998). Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 11(4), pp. 743-761.

Ford J.D., Smith S.F. (2008). Complex posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults receiving public sector outpatient substance abuse disorder treatment. Addiction Research & Theory, 16(2), pp. 193-203.

Geraci S. (2013). Un accordo per ridurre le disuguaglianze d'accesso degli immigratial servizio sanitario. In Immigrazione Dossier Statistico 2013. Rapporto UNAR: dalle discriminazioni ai diritti. Idos, 258-259.

Geraci S., El Hamad I. (2011). Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. Italian Journal of Public Health, 8, Suppl.3, S14-S20.

Germani M.et al. (2014). Assessing the specificities of dissociative experience in asylum seekers surviving torture. A comparative analysis between Italy, Cameroon And Ciad. Paper presented at the ETSD Conference, Copenaghen.

Germani M., Mosca L. (2013). The Extreme Trauma and Torture Survivors Identification (E.T.S.I.) Interview: preliminary outcome of a clinical trial in Cameroon and Chad. European Journal of Psychotraumatology, Supplement 1, 2013, Co-Action Publishing, Bologna.

Germani M., Mosca L., Luci M., Lai C. (2011). Specificity of dissociative disorder in survivors of torture and extreme trauma: Identification of some specific "clusters" in the Dissociative Experience Scale. European Journal of Psychotraumatology, Supplement 1, 2011, Co-Action Publishing, Vienna.

Germani M., Luci M. (2013). Early interventions in the treatment and rehabilitation of torture and extreme trauma survivors, European Journal of Psychotraumatology, Supplement 1, Co-Action Publishing, Bologna 2013

Germani M., Rathaus F. (2008). Il vaso di Pandora: specificità e conseguenze della tortura, in "Umano e Disumano", Rivista di Psicologia Analitica, vol.77/2008, Franco Angeli, Roma.

Germani M., Sambucini D., Mosca L. (2008). Extreme trauma and memory: the autobiographical memory and its impairment following traumatic experiences, Minerva Psichiatrica, 49, pp. 235-246.

Global Health Watch (2008). Access to health care for migrants and asylum seekers. In: Global Health Watch 2. An alternative World Health Report. London, 62-73.

Haldane J., Nickerson A. (2016). The impact of interpersonal and noninterpersonal trauma on psychological symptoms in refugees: The moderating role of gender and trauma type. Journal of Traumatic Stress, 29, 457-465

Herman J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. Journal of Traumatic Stress, 5, pp. 377–391.

Ide N., Paez A. (2000). Complex PTSD: A review of current issues. International Journal of Emergency Mental Health, 2, 43-49.

Jaranson J., Forbes Martin S., Ekblad S. (2000). Refugee Mental Health: Issues for the New Millennium. In: Manderscheid R.W., Henderson M.J. (Eds.) Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA, Center for Mental Health, Rockville, United States.

Keyes E. (2000). Mental health status in refugees: An integrative review of current research. Issues in Mental Health Nursing, 21, 397-410.

Knowles MS, Holthon EE, Swanson RA. (1998). The Adult Learner, Houston, Gulf Publishing, Company.

Kovacić D., Ljubin T., Grappe M. (2000) Comorbidity of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in displaced persons. Croatian Medical Journal, 41: 173-178.

Kroll J., Yusuf A.I., Fujiwara K. (2011) Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46: 481-493.

Lai L. (2014) Treating substance abuse as a consequence of conflict and displacement: a call for a more inclusive global mental health.Medicine, Conflict and Survival, 30: 182-189.

Li S.S., Liddell B.J., Nickerson A. (2016) The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. Curr Psychiatry Rep, 18, 82

Lien l., Claussen B., Hauff E., Thoresen M., Bjertness E (2005). Bodily pain and associated mental distress among immigrant adolescents: A population-based cross-sectional study. European Child & Adolescent Psychiatry, 14, 371-375.

Lindley S.E., Carlson E.B., Hill K.R. (2014). Psychotic-like Experiences, Symptom Expression, and Cognitive Performance in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder J Nerv Ment Dis, 202:91-96.

Locke C. J., Southwick K., & McCloskey L. A. (1996). The psychological and medical sequelae of war in central American refugee mothers and children. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 150, 822-828.

Loutan L. et al. (1999). Impact of trauma and torture on asylum-seekers. European Journal of Public Health, vol. 9 n° 2.

Lustig S. L., Kia-Keating M., Knight W. G., Geltman P., Ellis H., Kinzie J. D., Saxe G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. Journal of the America Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43, 24-36.

Luterek J.A., Bittinger J.N., Simpson T.L. (2011). Posttraumatic sequelae associated with military sexual trauma in female veterans enrolled in VA outpatient mental health clinics. J Trauma Dissociation 2011; 12:261–274.

Luxenberg T., Spinazzola J., van der Kolk B.A. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis. Directions in Psychiatry,Volume 21, Lessons 25 & 26.

Marceca M., Geraci S. (2009). Refugees, asylum-seekers and the right to health. In: Global health an development assistance. Rights, ideologies and deceit. 3° Report of the Italian Global Health Watch. Edizioni ETS, Pisa, 213-219.

Marceca M., Geraci S., Baglio G. (2012). Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level. IJPH, 9, e7498-1:11.

Marquardt MJ. (2004). Optimizing the Power of Action Learning: Solving Problems and Building Leaders. Mountain View (California), Davies-Black Publishing.

Masmas T.N., Møller E., Buhmannr C., Bunch V., Jensen J.H., Hansen T.N. et al. (2008). Asylum seekers in Denmark: a study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers. Torture, 18(2):77-86.

Mazzetti M. (1996) Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano. L'Harmattan Italia, Torino.

McDonnell M., Robjant K., Katona C. (2013). Complex posttraumatic stress disorder and survivors of human rights violations. Curr Opin Psychiatry, 26:1–6.

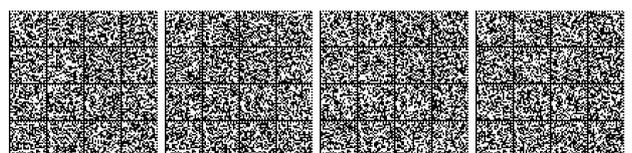
Mears R. (2000). Intimacy and Alienation. Memory, Trauma and Personal Being. Brenner-Routledge, New York.

Mels, C., Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Social support in unaccompanied asylum-seeking boys: A case study. Child: Care, Health and Development, 34, 757-762.

Mollica R.F., McInnes K., Sarajlic N., Lavelle J., Sarajlic I., Massagli M.P. (1999) Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. Journal of the American Medical Association, 282: 433-439.

Mollica R. F. (2006). Healing invisible wounds, Har Court, INC, New York

Momartin S., Steel Z., Coello M., Aroche J., Silove D.M., Brooks R. (2006) A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. The Medical Journal of Australia, 185: 357-361.

Momartin S., Coello M. (2006). Self-harming behaviour and dissociation in complex PTSD: Case study of a male tortured refugee. Torture vol. 16 (1), 20-29.

Morina N., Ford J.D. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among Kosovar civilian war victims. International Journal of Social Psychiatry, 54: 425-436.

Nante N., Gialluca L., De Corso M., Troiano G., Verzuri A., Messina G. (2016). Quality of life in refugees and asylum seekers in Italy: a pilot study. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 52, 424-427.

Nemčić-Moro I., Franciškovič T., Britvić D. (2011). Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder: case-control study. Croat Med J; 52:505–512.

Nickerson A., Garber B., Ahmed O., Asnaani A., Cheung J., Hofmann S.G., Huynh L., Liddell B., Litz B.T., Pajak R., Bryant R.A. (2016). Emotional suppression in torture survivors: Relationship to posttraumatic stress symptoms and trauma-related negative affect. Psychiatry Research, 30, 233-239.

Nickerson A., Bryant R.A., Silove D., Steel Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. Clinical Psychology Review 31: 399-417.

Norredam M., Jensen M., Ekstrøm M. (2011) Psychotic symptoms in refugees diagnosed with PTSD: a series of case reports. Nordic Journal of Psychiatry, 65: 283-288.

Nowak M., MCarthur E. (2006). The distinction between torture and cruel inhuman or degrading treatment. Torture, vol. 16, n°3.

Patel N, Kellezi B, Williams ACDC. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. Cochrane Database of Systematic Reviews, 11. Art. No.: CD009317.

Pelcovitz D., Van Der Kolk B.A., Roth S.H., Mandel F.S., Kaplan S.J., Resick P.A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). Journal of Traumatic Stress, 10, pp. 3-16.

Pine D. S., Costello J., Masten A. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: the effects of war and terrorism on children. Neuropsychopharmacology, 30, 1781-1792.

Piwowarczyk L., Moreno A., Grodin M. (2000). Health care of torture survivors. Journal of the American Medical Association, 284, 539-541.

Qouta S., Punamäki R., El Sarraj E. (2008). Child development and family mental health in war and military violence: the Palestinian experience. International Journal of Behavioral Development, 32, 310-321.

Rechel B, Mladovsky P, Devillè W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. (2011). Migration and health in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead (England), McGraw-Hill.

Roth S., Newman E., Pelcovitz D., Van Der Kolk Ba., Mandel F. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress,10:539–555.

Rutter M. (2000). Resiliency reconsidered: conceptual consideration, empirical findings and policy implications. In J. P. Shondoff & S. Meisels (eds.), Handbook of childhood intervention (pp. 651-683). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Sabin M., Cardozo B.L., Nackerud L., Kaiser R., Varese L. (2003) Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. Journal of the American Medical Association, 290:635-642.

Save the Children Italia (2010). 2° Rapporto annuale su "I minori stranieri in Italia".

Schacter D.L. (1996). “Searching For Memory: The Brain, The Mind, And The Past.” Basic Books.

Silove D., Sinnerbrink I., Field A., Manicavasagar V., Steel Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. British Journal of Psychiatry, 170, 351-357.

Silove D., Steel Z., McGorry P., Mohan P. (1998). Trauma exposure, postmigration stressors, and symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress in Tamil asylum-seekers: comparison with refugees and immigrants. Acta Psychiatrica Scandinavica, 97, 175-181.

Silove D., Steel Z., Mollica R. (2001). Detention of asylum seekers: assault on health, human rights, and social development. Lancet, 357, 1436-1437.

Soosay I., Silove D., Bateman-Steel C., Steel Z., Bebbington P., Jones P.B., Chey T., Ivancic L., Marnane C. (2012). Trauma exposure, PTSD and psychotic-like symptoms in post-conflict Timor Leste: an epidemiological survey. BMC Psychiatry, 12:229

Sorensen B. (1998). Torture and Asylum, Torture, vol.8, n°2.

Spitzer C., Barnow S., Wingenfeld K., Rose M., Löwe B., Grabe H.J. (2009). Complex post-traumatic stress disorder in patient with somatisation disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43(1), pp. 80-86.

Steel Z., Momartin S., Silove D., Coello M., Aroche J., Tay K.W. (2011) Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. Society, Science and Medicine, 72: 1149-1156.

Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., van Ommeren M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA, 302(5):537-549.

Suárez-Orozco C., Suárez-Orozco M. (2001). Children of immigration. Cambridge, MA: Harvard University Press.

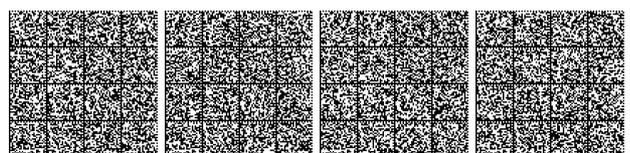
Taylor E.M., Yanni E.A., Pezzi C., Guterbock M., Rothney E., Harton E., Montour J., Elias C., Burke H. (2014) Physical and mental health status of Iraqi refugees resettled in the United States. Journal of Immigrant and Minority Health, 16: 1130-1137.

Teegen F., Vogt S. (2002). Torture survivors. A study of complex posttraumatic stress disorder. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin;23:91-106. 40.

Teodorescu D.S., Heir T., Hauff E., Wentzel-Larsen T., Lien L. (2012). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. Scand J Psychol, 53:316-32.

Thabet A., Abed Y., & Vostanis P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45, 533-542.

United Nations. (2007). Report of the special representative of the Secretary-General for children and armed conflict: Machel Study 10-year review: Children and conflict in a changing world. New York, NY: office of the special Representative of the secretary General for Children and Armed Conflict. Retrieved from http://www.un.org/children/conflict/english/machel10.html

United Nations High Commission for Refugees. (2007). 2007 UNHCR statistical yearbook: Annex Table 1. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from http://www.unhcr.org/cgibin/texis/vtx/home/opendoc.pdf?id=4981c3dc2&tbl=stAtistics

Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K. (2006). The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. W. W. Norton & Company.

Van Der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K., Brown D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38, pp. 906-914.

Van Der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steel K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of Complex PTSD. Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 5, October, pp. 413–423.

Van der Kolk B.A., Hopper J.W., Osterman J.E. (2001). “Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods.” Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, Vol 4(2), 9-31.

Van Der Kolk B.A., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F., Mcfarlane A., Herman J.(1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. American Journal of Psychiatry. 153(Festschrift Supplement), 83-93.

Van Der Kolk B.A, Courtois C.A. (2005). Editorial comments: Complex developmental trauma. Journal of Traumatic Stress. 18(5): pp. 385-388.

Van Der Kolk B.A, Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Journal of Traumatic Stress, 18(5), 389-399.

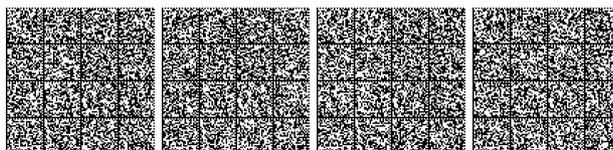
Van Dijke A., Ford J.D., Van Der Hart O., Van Son M., Van Der Heijden P., Buhring M. (2012). Complex posttraumatic stress disorder in patients with borderline personality disorder and somatoform disorders. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy, Vol 4(2), pp. 162-168.

Van Ommeren M., Sharma B., Komproe, Poudyal B.N., Sharma G.K., Cardeña E., De Jong J.T. (2001) Trauma and loss as determinants of medically unexplained epidemic illness in a Bhutanese refugee camp. Psychological Medicine, 31: 1259-1267.

Weine, S., Muzurovic, N., Kulauzovic, Y., Besic, S., Lezic, A., Mujagic, A., & Pavkovic, I. (2004). Family consequences of refugee trauma. Family Process, 43, 147-160.

Wessells M. (2009). Supporting the mental health and psychosocial well-being of former child soldiers. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48, 587-590.

Widmann M., Warsame A.H., Mikulica J., Von Beust J., Isse M.M., Ndetei D., al'Absi M., Odenwald M.G. (2014) Khat Use, PTSD and Psychotic Symptoms among Somali Refugees in Nairobi - A Pilot Study. Frontiers in Public Health, 30: 71.

Women’s Commission for Refugee Women and Children. (2006). Displaced women and girls at risk: Risk factors, protection solutions and resource tools. Washington, Dc: Author. Retrieved from http://www.womenscommission.org/pdf/WomRisk.pdf

Glossario

Tratto da "Glossario sull'asilo e la migrazione" Rete Europea sulle Migrazioni-EMN - Unione europea, 2012

Accoglienza (Condizioni di)
Insieme di misure riconosciute dagli Stati membri a favore dei richiedenti asilo ai sensi della Direttiva 2003/9/CE della Direttiva 2013/33/UE
Fonte: Direttiva 2003/9/CE del Consiglio, del 27 gennaio 2003, recante norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri e della Direttiva 2013/33/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 giugno 2013, recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti la protezione internazionale (rifusione), recepita con Decreto legislativo n. 142 del 18 agosto 2015

Accoglienza (Condizioni materiali di)
Condizioni di accoglienza che includono alloggio, vitto e vestiario, forniti in natura o in forma di sussidi economici o buoni, o una combinazione delle tre possibilità, nonché un sussidio per le spese giornaliere.
Fonte: Direttiva 2003/9/CE del Consiglio, del 27 gennaio 2003, recante norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri e della Direttiva 2013/33/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 giugno 2013, recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti la protezione internazionale (rifusione), recepita con Decreto legislativo n. 142 del 18 agosto 2015.

Accoglienza per richiedenti asilo (Centro di)
Struttura per l'accoglienza, il trattamento e il soddisfacimento dei bisogni immediati dei rifugiati o dei richiedenti asilo al loro arrivo in un paese di asilo.
Termine correlato: Struttura alloggiativa (per richiedenti asilo).
Fonte: Glossario a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

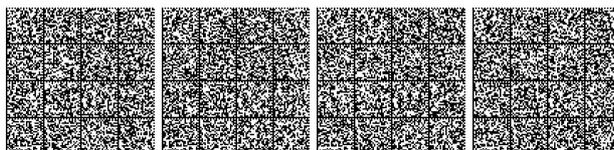
Asilo
Forma di protezione garantita da uno Stato sul suo territorio, basata sul principio del non respingimento (non-refoulement) e sui diritti del rifugiato riconosciuti internazionalmente o nazionalmente. Viene concesso ad una persona non in grado di chiedere la protezione dello Stato di cui ha la cittadinanza e/o in cui è residente, in particolare per timore di essere perseguitato per ragioni di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per opinioni politiche.
Termine correlato: Rifugiato.
Fonte: Definizione tratta dalla Commissione Europea (Direzione Generale Affari Interni).

Asilo (Diritto di)
Il diritto di uno Stato, in virtù della sua sovranità territoriale e nell'esercizio della sua discrezionalità, di consentire a un cittadino straniero di entrare e risiedere, e il diritto di opporsi all'esercizio della giurisdizione da parte di qualsiasi altro Stato su quella persona.
Note:
1. In alcuni Stati vi sono criteri più restrittivi o più ampi rispetto a quelli previsti nella Convenzione di Ginevra.
2. L'OIM utilizza un termine generico cui corrispondono due sensi diversi: il diritto di riconoscere l'asilo (uno Stato può riconoscere l'asilo sul proprio territorio a qualunque persona a sua discrezione) e il diritto d'asilo riconosciuto da parte dello Stato nel cui territorio l'asilo viene richiesto o da parte dello Stato che lo riconosce.
Fonte: Thesaurus Internazionale della Terminologia del Rifugiato a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Asilo (Domanda di)
Domanda presentata da un cittadino di un paese terzo o da un apolide da intendersi come richiesta di protezione internazionale presso uno Stato membro in base alla Convenzione di Ginevra. Tutte le domande di protezione internazionale sono considerate domande di asilo salvo che il cittadino del paese terzo o l'apolide richieda esplicitamente un altro tipo di protezione che possa essere richiesta con domanda separata.
Termine correlato: Protezione internazionale (Domanda di).
Fonte: Direttiva 2003/9/CE del Consiglio, del 27 gennaio 2003, recante norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri.

Asilo (Esame di una domanda di)
Nel contesto della protezione internazionale, si riferisce all'insieme di procedure di esame, decisioni o sentenze pronunciate dalle autorità competenti in conformità alla legislazione nazionale, ad eccezione delle procedure volte a determinare quale sia lo Stato Membro competente secondo le disposizioni del regolamento (CE) 343/2003 (noto come Regolamento di Dublino).
Fonte: Regolamento (CE) n. 343/2003 del Consiglio, del 18 febbraio 2003 che stabilisce i criteri e i meccanismi di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda d'asilo presentata in uno degli Stati membri da un cittadino di un paese terzo.

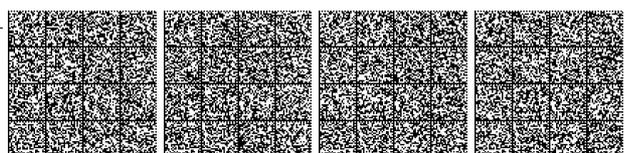
Asilo (Legislazione in materia di)
Corpus del diritto internazionale consuetudinario e degli strumenti internazionali che stabiliscono le norme per la protezione dei rifugiati. La pietra angolare del diritto dei rifugiati è la Convenzione del 1951 ed il suo Protocollo del 1967 relativo allo status dei rifugiati.
Fonte: Glossario a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Asilo (Movimento secondario del richiedente)
Nel contesto dell'UE, il movimento di un richiedente asilo da uno Stato membro a un altro, determinato esclusivamente dalle differenze nelle condizioni di accoglienza o dalle differenze tra le normative applicabili (e non in base all'esistenza di legami di tipo familiare, culturale o linguistico con un determinato Stato membro).
Nel contesto internazionale, il fenomeno per cui rifugiati o richiedenti asilo si spostano dal paese in cui hanno trovato, o potrebbero trovare, protezione a un altro paese per richiedere asilo o per insediarsi in modo permanente, senza il previo consenso delle autorità nazionali del nuovo Stato di insediamento, senza alcun visto d'ingresso, documenti o con insufficiente documentazione di viaggio.
Termine più ampio: *Asylum Shopping*.
Termine più specifico: Immigrazione irregolare.
Note:
1. Nel contesto delle politiche dell'asilo dell'UE, la riduzione di questi spostamenti è uno dei risultati dell'armonizzazione dei diversi sistemi giuridici in materia di asilo.
2. Nel contesto internazionale, tale fenomeno è meglio conosciuto come movimento irregolare di rifugiato.
Fonte: Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro EMN sulla base del Considerando (8) della Direttiva 2003/9/CE del Consiglio, del 27 gennaio 2003, recante norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri.
Thesaurus Internazionale della Terminologia del Rifugiato a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Asilo (Richiedente)
Qualsiasi cittadino di un paese terzo o apolide che abbia presentato una domanda di asilo in merito alla quale non sia ancora stata presa una decisione definitiva.
Fonte: Articolo 2(c) della Direttiva 2003/9/CE del Consiglio, del 27 gennaio 2003, recante norme minime relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri e Decreto legislativo n. 142 del 18 agosto 2015.

CEDU Convenzione Europea dei Diritti Umani
Sistema innovativo di protezione internazionale dei diritti umani, che concede ai singoli individui la facoltà di ricorrere in tribunale in difesa dei propri diritti. Più formalmente conosciuta come Convenzione europea per la tutela dei diritti umani e delle libertà fondamentali.
Fonte: Convenzione Europea dei Diritti Umani (CEDU, Roma, 1950).

Certificazione
La certificazione medica può essere definita come la: "testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo e della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa".
Le certificazioni medico-legali (CML) nel contesto della procedura di asilo sono documenti preparati da medici e psicologi attestanti l'esistenza di segni fisici e psicologici e sintomi di traumi derivanti da tortura e/o da violenza estrema. Gli standard riconosciuti a livello internazionale secondo cui le CML devono essere redatti sono contenuti nel Protocollo di Istanbul.
Fonte:
Barni M.: "Diritti-Doveri Responsabilità del medico dalla bioetica al biodiritto", Ed. Giuffrè , Milano, 1999.
CIR: "Elaborazione di una comune metodologia di lavoro interdisciplinare (legale-psicologica) per garantire ai sopravvissuti alla tortura e alla violenza il riconoscimento dello status di protezione internazionale appropriato". Progetto MAIEUTICS finanziato dall'Unione europea-Fondo Europeo per i Rifugiati (FER), 2012

Cittadinanza
Specifico vincolo giuridico tra un individuo e il suo Stato di appartenenza, acquisito per nascita o naturalizzazione, tramite dichiarazione, per scelta, matrimonio o altre modalità, a seconda della legislazione nazionale.
Sinonimo: Nazionalità.
Termine correlato: Cittadinanza multipla.
Nota:
Sebbene in qualche Stato membro venga fatta una distinzione tra cittadinanza e nazionalità, in ambito comunitario, e ai fini di questo glossario, non viene operata nessuna distinzione cosicchè i due termini sono considerati sinonimi.
Fonte: Regolamento (CE) n. 862/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 luglio 2007, relativo alle statistiche comunitarie in materia di migrazione e di protezione internazionale e che abroga il regolamento (CEE) n. 311/76 del Consiglio relativo all'elaborazione di statistiche riguardanti i lavoratori stranieri (Testo rilevante ai fini del SEE).

Codice dei visti
Procedure e condizioni per il rilascio del visto di transito o per soggiorni nel territorio degli Stati membri dell'UE di durata non superiore a tre mesi nell'arco di un periodo di sei mesi.
Sinonimo: Codice dei visti Schengen.

Termini correlati: Visto, VIS Sistema Informazione Visti, Accordo di facilitazione del visto.
Nota: Il Regolamento relativo al Codice dei visti è entrato in vigore il 5 aprile 2010.
Fonte: Regolamento (CE) n. 810/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 luglio 2009, che istituisce un codice comunitario dei visti (Codice dei visti).

Crimine contro l'umanità
Uno degli atti di seguito elencati, nel momento in cui venga commesso nell'ambito di un attacco diffuso o sistematico contro qualsiasi popolazione civile e con la consapevolezza dell'attacco:
a) Omicidio;
b) Sterminio;
c) Riduzione in schiavitù;
d) Deportazione o trasferimento forzato della popolazione;
e) Imprigionamento o altre gravi forme di privazione della libertà personale in violazione di norme fondamentali di diritto internazionale;
f) Tortura;
g) Stupro, schiavitù sessuale, prostituzione forzata, gravidanza forzata, sterilizzazione forzata e altre forme di violenza sessuale di analoga gravità;
h) Persecuzione contro un gruppo o una collettività dotati di propria identità, inspirata da ragioni di ordine politico, razziale, nazionale, etnico, culturale, religioso o di genere come definito nel paragrafo 3, o da altre ragioni universalmente riconosciute come non permesse ai sensi del diritto internazionale, collegate ad atti preveduti dalle disposizioni del presente paragrafo o a crimini di competenza della Corte;
i) Sparizione forzata delle persone;
j) Apartheid;
k) Altri atti inumani di analogo carattere diretti a provocare intenzionalmente grandi sofferenze o gravi danni all'integrità fisica o alla salute fisica o mentale.
Fonte: Articolo 7 dello Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale (1998).

Crimini di guerra
Si riferisce a:
(a) gravi violazioni delle Convenzioni di Ginevra del 12 agosto 1949, ai sensi dell'articolo 8 (2a) dello Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale; e
(b) altre gravi violazioni delle norme e delle consuetudini applicabili nei conflitti armati internazionali, all'interno del quadro consolidato di diritto internazionale, ai sensi dell'articolo 8 (2b) dello Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale.
Fonte: Articolo 8 dello Statuto di Roma della Corte penale internazionale (1998).

Cultura
Insieme dei tratti distintivi di natura spirituale, materiale, intellettuale ed emotiva di una società o di un gruppo sociale. Insieme che comprende, in aggiunta alle arti e alla letteratura, gli stili di vita, i modi di stare insieme, il sistema valoriale, le tradizioni e le credenze.
Termini correlati: Culturale (Diversità), Culturale (Pluralismo).
Nota: Si faccia riferimento, inoltre, alla Convenzione UNESCO sulla protezione e promozione delle espressioni culturali (2005).
Fonte: Dichiarazione Universale sulla diversità culturale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura (UNESCO, Parigi, 2001).

Dublino (Convenzione di)

Convenzione sulla determinazione dello Stato competente per l'esame di una domanda di asilo presentata in uno degli Stati membri.

Termini correlati: Dublino (Regolamento di), Eurodac, Trasferimento (Decreto di).

Fonte: Convenzione sulla determinazione dello Stato competente per l'esame di una domanda di asilo presentata in uno degli Stati membri delle comunità europee - Convenzione di Dublino (1990).

Dublino (Regolamento di)

Regolamento che stabilisce i criteri e i meccanismi di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda d'asilo presentata da un cittadino di un paese terzo in uno degli Stati membri.

Termini correlati: Dublino (Convenzione di), Eurodac, Trasferimento (Decreto di).

Fonte: Regolamento (CE) n. 343/2003 del Consiglio, del 18 febbraio 2003, che stabilisce i criteri e i meccanismi di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda d'asilo presentata in uno degli Stati membri da un cittadino di un paese terzo.

Dublino III (Regolamento di)

Il Regolamento Dublino III, entrato in vigore il 19 luglio 2013, sostituisce il c.d. Regolamento Dublino II (Regolamento 343 del 2003). Tale regolamento stabilisce i criteri e i meccanismi di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda di protezione internazionale presentata in uno degli Stati membri da un cittadino di un paese terzo o da un apolide

Fonte: Regolamento (UE) n. 604/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 26 giugno 2013.

Genere

Attributi, ruoli, attività, responsabilità e bisogni socialmente costruiti che sono principalmente connessi all'essere uomo o donna in una determinata società o comunità in un determinato momento.

Termine correlato: Sesso.

Fonte: Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro della Rete Europea sulle Migrazioni (EMN), sulla base dei concetti e delle definizioni utilizzate dall'Ufficio del Consigliere Speciale sulle Questioni relative alla Parità fra i Sessi e sul Progresso della Donna del Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (OSAGI).

Genocidio

Uno dei seguenti atti commessi nell'intento di distruggere, in tutto o in parte, un gruppo nazionale, etnico, razziale o religioso, ad esempio:

a) uccidere membri del gruppo;

b) causare gravi lesioni all'integrità fisica o psichica di persone appartenenti al gruppo;

c) sottoporre deliberatamente persone appartenenti al gruppo a condizioni di vita tali da comportare la distruzione fisica, totale o parziale, del gruppo stesso;

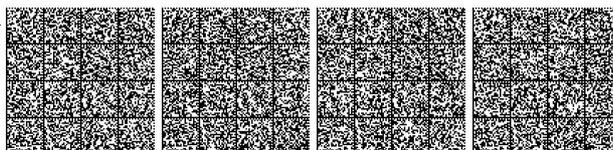
d) imporre misure volte ad impedire le nascite in seno al gruppo;

e) trasferire con la forza bambini appartenenti al gruppo ad un gruppo diverso.

Termine correlato: pulizia etnica.

Fonte: Articolo 6 dello Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale (1998) e Convenzione delle Nazioni Unite per la Prevenzione e la Repressione del Delitto di Genocidio, 1948.

Ginevra (Convenzione di) e New York (Protocollo di)

Convenzione del 28 luglio 1951 sullo status di rifugiato, emendata dal Protocollo di New York del 31 gennaio 1967.

Termine correlato: Protezione internazionale.
Fonte: Convenzione di Ginevra del 1951 (si veda inoltre la Direttiva 2001/55/CE del Consiglio del 20 luglio 2001 sulle norme minime per la concessione della protezione temporanea in caso di afflusso massiccio di sfollati e sulla promozione dell'equilibrio degli sforzi tra gli Stati membri che ricevono gli sfollati e subiscono le conseguenze dell'accoglienza degli stessi).

Istanbul (Convenzione di)
Convezione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica dell'11 maggio 2011, la quale per la prima volta menziona espressamente la persecuzione di genere. La Convenzione contiene due articoli che si riferiscono specificamente alla protezione internazionale, l'articolo 60 sulle domande di asilo basate sul genere e l'articolo 61 in materia di non-refoulement.
Fonte: Convenzione di Istanbul, Consiglio d'Europa, 11 maggio 2011.

Istanbul (Protocollo di)
Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante; contiene norme e procedure riconosciute a livello internazionale su come riconoscere e documentare sintomi e segni di tortura ai fini di fornirne prova in sede giudiziaria. Esso non ha una funzione normativa, ma costituisce una linea guida per i tecnici, soprattutto sanitari e legali, incaricati di svolgere indagini e raccogliere elementi probatori in relazione a presunti casi di tortura. Dal 1999 è documento ufficiale delle Nazioni Unite ed è stato adottato dall'Unione Europea all'interno delle "*Guidelines to EU Policy towards Third Countries on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*" elaborate dal Consiglio Affari Esteri nel 2001.
Fonte: Protocollo di Istanbul, Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations,
9 Agosto 1999

Ius soli
Principio secondo cui la nazionalità di una persona si determina sulla base del paese di nascita.
Sinonimo: Jus soli.
Termini correlati: Cittadinanza (Acquisizione di), Ius sanguinis.
Fonte: Glossario dell'Osservatorio sulla democrazia dell'Unione Europea (EUDO).

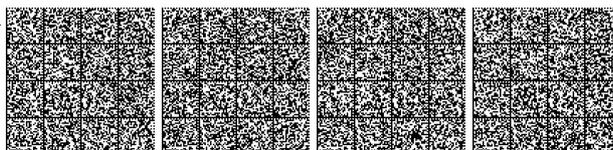
Migrante
Termine che si riferisce a una persona che lascia il proprio paese o regione per stabilirsi in un altro.
Termini più specifici: Emigrante, Immigrante.
Nota: Nel contesto delle politiche dell'UE in materia di asilo e immigrazione, il termine si riferisce al cittadino di un paese terzo che entra (o è già) in uno degli Stati dell'UE.

Migrante economico
Colui che lascia il proprio paese d'origine per ragioni puramente economiche in alcun modo collegate alla definizione di rifugiato, o al fine di cercare di migliorare i propri mezzi di sostentamento.
Termine più specifico: Lavoratore immigrato.
Termine correlato: Migrazione gestita, Migrazione economica.
Nota: Migrante economico è una categoria che non rientra nei criteri per ottenere lo status di rifugiato e quindi non beneficia della protezione internazionale prevista per i rifugiati.
Fonte: Glossario a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Migrazione
Nel contesto dell'UE si tratta dell'azione con cui una persona:
(i) stabilisce la sua residenza abituale nel territorio di uno Stato membro per un periodo che è, o dovrebbe essere, di almeno dodici mesi, dopo aver in precedenza soggiornato in un altro Stato membro o in un paese terzo; oppure (ii) avendo avuto in precedenza la residenza nel territorio di uno Stato membro, cessa di avere la sua residenza abituale in tale Stato membro per un periodo che è, o dovrebbe essere, di almeno dodici mesi.
Nel contesto internazionale, lo spostamento di una o più persone, sia attraverso una frontiera internazionale (migrazione internazionale), sia all'interno di uno Stato (migrazione interna).
Si tratta di un movimento di popolazione che comprende qualsiasi tipo di spostamento qualunque sia la sua durata, composizione e causa; il termine comprende la migrazione di rifugiati, sfollati, migranti economici e persone che si spostano per altri motivi, compreso il ricongiungimento familiare.
Termini più specifici: Emigrazione, Immigrazione.
Fonte: Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro EMN sulla base dei termini «Immigrazione» e «Emigrazione». Glossario sulla Migrazione a cura dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni.

Migrazione forzata
Termine generico utilizzato per descrivere il movimento migratorio caratterizzato da elementi di coercizione derivati da calamità naturali o da cause umane, comprese le minacce alla vita e al sostentamento (ad esempio i movimenti di rifugiati e degli sfollati interni, nonché le persone sfollate a causa di calamità naturali o ambientali, disastri chimici o nucleari, carestia, o per progetti di sviluppo).
Termine più specifico: Sfollamento.
Termini correlati: Migrazione economica, Rifugiato.
Fonte: Glossario sulla Migrazione a cura dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni.

Minore straniero non accompagnato
Cittadino di un paese terzo o apolide di età inferiore ai diciotto anni che entra nel territorio di uno degli Stati membri senza essere accompagnato da un adulto che ne sia responsabile per legge o per prassi dello Stato membro interessato, fino a quando non sia effettivamente affidato una persona per lui responsabile; il termine include il minore che viene abbandonato dopo essere entrato nel territorio degli Stati membri.
Termine più ampio: Minore straniero separato.
Nota: Questo termine si riferisce specificamente al cittadino di un paese terzo o all'apolide, ma non a un minore non accompagnato cittadino dell'UE, che si sposta all'interno dell'Unione Europea. Per questa condizione, si veda Minore straniero separato.
Fonte: Direttiva 2001/55/CE del Consiglio, del 20 luglio 2001, sulle norme minime per la concessione della protezione temporanea in caso di afflusso massiccio di sfollati e sulla promozione dell'equilibrio degli sforzi tra gli Stati membri che ricevono gli sfollati e subiscono le conseguenze dell'accoglienza degli stessi.
Direttiva 2013/33/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 26 giugno 2013, recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (rifusione).

Minore straniero separato
Minore di 18 anni che non risiede nel suo paese d'origine ed è separato da entrambi i genitori oppure da chi in precedenza, in base alla legge, ha esercitato la potestà genitoriale.
Termine più specifico: Minore straniero non accompagnato.
Nota:
1. Questa definizione comprende sia i minori cittadini di uno Stato membro sia i minori cittadini di un paese terzo.

2. Alcuni minori possono essere totalmente soli mentre altri possono vivere con parenti della famiglia allargata. Tutti questi bambini sono minori separati e hanno diritto alla protezione internazionale conformemente a un vasto ventaglio di strumenti sanciti a livello regionale ed internazionale.
Fonte: Studio sui minori stranieri separati e richiedenti asilo negli Stati membri dell'Unione, a cura dell'Agenzia dell'Unione Europea per i diritti fondamentali FRA (2010).

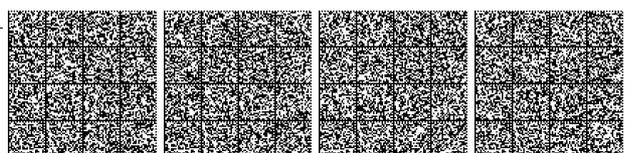
Minorenne
Persona che, secondo la legge del proprio paese, è al di sotto della maggiore età, vale a dire non è ancora autorizzata ad esercitare determinati diritti civili e politici.
Termini correlati: Adulto/Maggiorenne, Bambino.
Fonte: Thesaurus Internazionale della Terminologia del Rifugiato a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Molestia
Comportamento indesiderato adottato per motivi di razza o di origine etnica e avente lo scopo o l'effetto di violare la dignità di una persona e di creare un clima intimidatorio, ostile, degradante, umiliante od offensivo.
Fonte: Direttiva 2000/43/CE del Consiglio, del 29 giugno 2000, che attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica.

Paese di accoglienza
Nel contesto dell'UE, lo Stato membro dove il cittadino di un paese terzo ottiene di poter risiedere.
Sinonimo: Paese ospitante.
Termini correlati: Società di accoglienza, Integrazione, Principi Comuni di Base.
Fonte: Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro EMN.

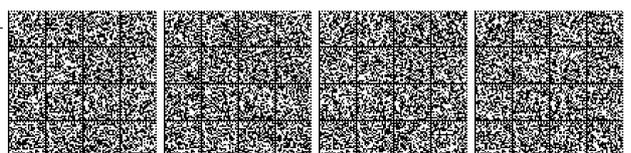
Paese di cittadinanza
Paese (o paesi) di cui la persona possiede la cittadinanza.
Sinonimo: Stato di nazionalità
Termini correlati: Nazionalità, Paese di origine, Paese di nascita.
Note:
1. Una persona può avere un paese di cittadinanza diverso dal paese d'origine o da quello di nascita in quanto la cittadinanza può essere acquisita in un paese diverso da quello di nascita;
2. In alcuni Stati membri, questo termine viene utilizzato nel contesto del ritorno.
Fonte: Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro EMN.

Paese di destinazione
Paese destinatario di flussi migratori (regolari o irregolari).
Termini correlati: Paese di transito, Paese di origine.
Fonte: Glossario sulla Migrazione a cura dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni.

Paese di origine
Paese (o paesi) all'origine dei flussi migratori e di cui un migrante può avere la cittadinanza.
Per quanto riguarda la protezione internazionale, esso costituisce il paese (o i paesi) di nazionalità o, per gli apolidi, il precedente luogo di residenza abituale.
Sinonimo: Stato d'origine.
Termini più specifici: Paese di origine sicuro.

Termini correlati: Paese di nascita, Paese di nazionalità, Paese di transito, Paese di destinazione, Paese di ritorno.
Nota: In qualche caso, un migrante entra nel territorio comunitario attraverso un altro paese, che non è il suo paese d'origine. Vedi: «Paese di transito».
Fonte: Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro EMN sulla base del Glossario sulla Migrazione a cura dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni. Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta, articolo 2(k).

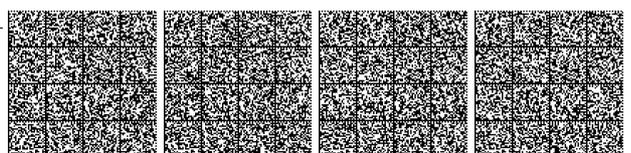
Paese di origine sicuro
Nel contesto dell'UE, un paese dove, sulla base della situazione giuridica, dell'applicazione della legge all'interno di un sistema democratico e della situazione politica complessiva, si può dimostrare che non vi è generalmente e costantementepersecuzione ai sensi dell'articolo 9 della Direttiva 2004/83/CE, né tortura o trattamenti disumani o degradanti, né pericolo a causa di violenza indiscriminata in situazioni di conflitto armato interno o internazionale. Per effettuare tale valutazione si tiene conto, tra l'altro, della misura in cui viene offerta protezione contro le persecuzioni e i maltrattamenti mediante:
a) le pertinenti disposizioni legislative e i regolamenti del paese ed il modo in cui sono applicate;
b) il rispetto dei diritti e delle libertà stabilite nella Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) e/o nel Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici e/o nella Convenzione contro la tortura, in particolare i diritti che non possono essere derogati secondo l'articolo 15, paragrafo 2, della normativa della suddetta Convenzione europea;
c) il rispetto del principio di «non respingimento» (non-refoulement) in conformità con la Convenzione di Ginevra;
d) un sistema di rimedi efficaci contro le violazioni di tali diritti e libertà.
Nel contesto internazionale, è considerato sicuro il paese d'origine che non genera, o almeno non di norma, rifugiati. I paesi di accoglienza possono utilizzare il concetto di paese di origine sicuro come base per respingere sommariamente (senza alcuna valutazione di merito) gruppi o categorie particolari di richiedenti asilo.
Termine più ampio: Paese di origine.
Termine correlato: Paese terzo sicuro.
Fonte: Articoli 29, 30 e 31 dell'Allegato II della Direttiva 2005/85/CE del Consiglio, del 1° dicembre 2005, recante norme minime per le procedure applicate negli Stati membri ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di rifugiato.
Thesaurus Internazionale della Terminologia del Rifugiato a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Paese di transito
Paese attraverso cui si svolgono i flussi migratori (regolari o irregolari). Con ciò si intende quindi il paese (o i paesi), diverso da quello d'origine, che un migrante attraversa per arrivare al paese di destinazione.
Termini correlati: Paese d'origine, Paese di destinazione, Paese di ritorno.
Fonte: Glossario sulla Migrazione a cura dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni

Palermo (Protocollo di)
Protocollo siglato dalle Nazioni Unite adottato a Palermo, in Italia, nel novembre 2000, volto alla prevenzione, alla repressione e alla punizione della tratta di persone, in particolare di donne e bambini, allegato alla Convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transnazionale.

Termine correlato: Tratta di esseri umani.
Fonte: Protocollo di Palermo (2000).

Persecuzione
Insieme di atti che comprende le violazioni dei diritti umani o altri gravi danni, portati avanti spesso, ma non sempre, in maniera sistematica o ripetitiva.
Termini correlati: Persecuzione (Rensponsabili di), Persecuzione (Atti di), Persecuzione (Gruppo oggetto di).
Nota: Il concetto principale di persecuzione non fu chiarito deliberatamente nella Convenzione del 1951, suggerendo l'intento degli autori che questa fosse interpretata in modo sufficientemente flessibile per riuscire a comprendere le mutevoli forme di persecuzione.
Fonte: Glossario a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Persecuzione (Atti di)
Nel contesto dell'UE e ai sensi dell'articolo 1A della Convenzione di Ginevra atti che devono:
a) essere sufficientemente gravi, per loro natura o frequenza, da rappresentare una violazione
grave dei diritti umani fondamentali, in particolare dei diritti per cui qualsiasi deroga è esclusa a norma dell'articolo 15, paragrafo 2, della Convenzione Europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU); oppure
b) costituire la somma di diverse misure, tra cui violazioni dei diritti umani, grave al punto di esercitare sulla persona un effetto analogo a quello di cui alla lettera a). Nel contesto internazionale, è inteso comprendere le violazioni dei diritti umani o altri danni gravi, portati avanti, spesso ma non sempre, in maniera sistematica o ripetitiva.
Termini correlati: Persecuzione, Persecuzione (Responsabili di), Persecuzione (Gruppo oggetto di).
Nota: Gli atti di persecuzione che rientrano nella definizione di cui sopra possono, tra l'altro, assumere la forma di:
a) atti di violenza fisica o psichica, compresa la violenza sessuale;
b) provvedimenti legislativi, amministrativi, di polizia e/o giudiziari, discriminatori per loro stessa natura o attuati in modo discriminatorio;
c) azioni giudiziarie o sanzioni penali sproporzionate o discriminatorie;
d) rifiuto di accesso ai mezzi di ricorso giuridici e conseguente sanzione sproporzionata o discriminatoria;
e) azioni giudiziarie o sanzioni penali in conseguenza al rifiuto di prestare servizio militare in un conflitto, quando questo comporterebbe commettere crimini, reati o atti che rientrano nelle clausole di esclusione di cui all'articolo 12, paragrafo 2;
f) atti specificamente diretti contro un genere o contro l'infanzia.
Fonte: Articolo 9 della Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.
Glossario a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Persona vulnerabile
Minorenni, minori stranieri non accompagnati, disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, nuclei monoparentali, persone che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale.
Termine correlato: Tratta di esseri umani.
Nota: La Direttiva 2011/36/UE afferma che per posizione di vulnerabilità si intende una situazione in cui la persona in questione non ha altra scelta effettiva ed accettabile se non cedere all'abuso di cui è vittima.
Fonte: Articolo 17(1) della Direttiva 2003/9/CE del Consiglio, del 27 gennaio 2003, recante norme minime

relative all'accoglienza dei richiedenti asilo negli Stati membri. Articolo 3(j) della Direttiva 2008/115/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2008, recante norme e procedure comuni applicabili negli Stati membri al ritorno di cittadini di paesi terzi il cui soggiorno è irregolare.

Programma di protezione regionale
Programma istituito per potenziare la capacità di protezione delle regioni coinvolte - sia le regioni di origine che quelle di transito - e per migliorare la protezione dei rifugiati attraverso soluzioni durature (ritorno, integrazione locale o reinsediamento in un paese terzo).
Termine più ampio: Protezione.
Termini correlati: Asilo, Rifugiato.
Note:
1. A partire dal dicembre 2011, l'UE sostiene programmi di questo tipo in Tanzania (come parte della regione dei Grandi Laghi), Ucraina, Bielorussia e Moldavia.
2. A partire dal dicembre 2011, è in corso di valutazione l'ipotesi di sviluppare simili programmi in altre regioni, come il Nord Africa, il Corno d'Africa, l'Afghanistan e il Medio Oriente.
Fonte: Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento europeo relativa ai programmi di protezione regionale (COM/2005/0388 def).

Protezione
Concetto che comprende tutte le attività finalizzate all'ottenimento del pieno rispetto dei diritti della persona in conformità con il testo e con lo spirito dei diritti dell'uomo, dei rifugiati e del diritto umanitario internazionale.
Termine correlato: Protezione (Agenti della).
Nota: La protezione implica creare un ambiente favorevole al rispetto delle persone, prevenendo e/o attenuando gli effetti immediati di un determinato abuso, ripristinando le condizioni di vita dignitose, riparando il danno attraverso la riparazione, restituzione e riabilitazione.
Fonte: Glossario a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Protezione (Agenti della)
Generalmente la protezione può essere offerta dai seguenti soggetti:
a) lo Stato, oppure
b) i partiti o organizzazioni, comprese le organizzazioni internazionali che controllano lo Stato o una parte consistente del suo territorio, che adottano adeguate misure per impedire che possano essere inflitti atti persecutori o danni gravi, avvalendosi tra l'altro di un sistema giuridico effettivo che permetta di individuare, di perseguire penalmente e di punire gli atti che costituiscono persecuzione o danno grave e se il richiedente ha accesso a tale protezione.
Termine più ampio: Protezione.
Fonte: Articolo 7 della Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.

Protezione internazionale
Nel contesto dell'UE, comprende lo status di rifugiato e di protezione sussidiaria quale definito alle lettere d) e f) dell'art. 2 della Direttiva 2004/83/CE. Nel contesto internazionale, fa riferimento alle azioni della comunità internazionale basate sul diritto internazionale e volte a tutelare i diritti fondamentali di una determinata categoria di persone, fuori dal proprio paese di origine, che non godono della protezione dei propri paesi.

Termini più specifici: Rifugiato (Status di), Protezione sussidiaria (Status di), Protezione umanitaria, Protezione temporanea.
Termine correlato: Ginevra (Convenzione di) e New York (Protocollo di).
Note:
1. La Direttiva 2011/51/UE dell'11 maggio 2011 ha modificato la Direttiva 2003/109/CE per estenderne l'ambito di applicazione ai beneficiari di protezione internazionale.
2. Nel novembre 2011, è stato raggiunto un accordo per emendare la Direttiva 2004/83/CE, che precisa alcuni concetti giuridici utilizzati per definire i motivi su cui si fonda la protezione (Vedi Comunicato Stampa del Consiglio dell'UE 17435/11 del 24 novembre 2011).
Fonte: Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta. Glossario a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Protezione internazionale (Domanda di)
Nel contesto dell'UE, richiesta di protezione rivolta ad uno Stato membro da parte di un cittadino di un paese terzo o di un apolide di cui si può ritenere che intenda ottenere lo status di rifugiato o lo status di protezione sussidiaria e che non solleciti esplicitamente un diverso tipo di protezione, non contemplato nel campo d'applicazione della Direttiva 2004/83/CE (la cosiddetta «Direttiva qualifiche»), che possa essere richiesto con domanda separata.
Termine più specifico: Asilo (Domanda di).
Fonte: Articolo 2(g) della Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.

Protezione sussidiaria
Protezione concessa al cittadino di un paese terzo o all'apolide che non possieda i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato ma nei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel paese di origine, o, nel caso di un apolide, se ritornasse nel paese nel quale aveva precedentemente la dimora abituale, correrebbe un rischio effettivo di subire un grave danno. *Termine più ampio*: Protezione internazionale.
Termini più specifici: Protezione sussidiaria (Status di), Protezione Sussidiaria (Persona ammissibile di).
Termini correlati: Protezione umanitaria, Rifugiato a causa di una guerra civile, Protezione temporanea.
Nota: Non è utilizzato nel Regno Unito, vedi Protezione umanitaria.
Fonte: Articolo 2(e) della Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, confermata successivamente dalla Direttiva 2011/95/UE, D.Lgs 251/2007, art. 1, comma 1, lett. g.

Protezione sussidiaria (Persona ammissibile di)
Cittadino di un paese terzo o apolide che non possieda i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato ma ei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel paese di origine, o, nel caso di un apolide, se ritornasse nel paese nel quale aveva precedentemente la dimora abituale, correrebbe un rischio effettivo di subire un grave danno come definito all'articolo 15 della Direttiva 2004/83/CE, e al quale non si applica l'articolo 17, paragrafi 1 e 2 della summenzionata Direttiva, e il quale non può o, a causa di tale rischio, non vuole avvalersi della protezione di detto paese.
Termine più ampio: Protezione sussidiaria.
Termine correlato: Rifugiato de facto.
Fonte: Articolo 2(e) della Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime

sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.

Protezione sussidiaria (Status di)

Riconoscimento, da parte di uno Stato membro, di un cittadino di un paese terzo o di un apolide quale persona ammissibile alla protezione sussidiaria.

Termine più ampio: Protezione sussidiaria.

Termini correlati: Rifugiato (Status di), Rifugiato a causa di una guerra civile.

Fonte: Articolo 2(f) della Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.

Protezione temporanea

Procedura di carattere eccezionale che garantisce, nei casi di afflusso di massa o di imminente afflusso di massa di sfollati provenienti da paesi terzi che non possono rientrare nel loro paese d'origine, una tutela immediata e temporanea alle persone sfollate, in particolare qualora vi sia anche il rischio che il sistema d'asilo non possa far fronte a tale afflusso senza effetti pregiudizievoli per il suo corretto funzionamento, per gli interessi delle persone di cui trattasi e degli altri richiedenti protezione.

Termine più ampio: Protezione internazionale.

Termini correlati: Sfollamento, Flusso di massa, Rifugiato a causa di una guerra civile.

Fonte: Articolo 2(a) della Direttiva 2001/55/CE del Consiglio, del 20 luglio 2001, sulle norme minime per la concessione della protezione temporanea in caso di afflusso massiccio di sfollati e sulla promozione dell'equilibrio degli sforzi tra gli Stati membri che ricevono gli sfollati e subiscono le conseguenze dell'accoglienza degli stessi.

Protezione umanitaria

Una forma residuale di protezione, che esula dalla protezione internazionale e che è disciplinata esclusivamente dall'ordinamento interno. I motivi di carattere umanitario che legittimano il soggiorno dello straniero, anche al di fuori di quanto previsto dalla protezione internazionale, corrispondono ad obblighi di protezione imposti da norme costituzionali, da convenzioni internazionali e da altre serie esigenze di carattere umanitario che vengono valutate individualmente nell'ambito della procedura di riconoscimento della protezione internazionale. Forma di protezione attualmente sostituita dalla protezione sussidiaria, con l'eccezione del solo Regno Unito. Negli altri Stati membri questa non viene più utilizzata oppure, come nel caso dell'Italia, costituisce un concetto diverso da quello di protezione sussidiaria e trova fondamento normativo nell'art. 5, comma 6 del D.Lgs 286/98 (TU immigrazione).

Termine più ampio: Protezione internazionale.

Termine più specifico: Quota per rifugiati.

Termini correlati: Protezione sussidaria, Rifugiato *de facto.*

Note:

1. Il Regno Unito ha aderito alla Direttiva 2004/83/CE (la cosiddetta «direttiva qualifiche») ma non utilizza (giuridicamente) l'espressione «protezione sussidiaria». Si ritiene che l'inclusione della protezione umanitaria nelle norme sull'immigrazione del Regno Unito recepisca nella legislazione britannica le disposizioni della protezione sussidiaria della Direttiva relativa. La protezione umanitaria è definita come la protezione data a qualcuno in conformità ai termini della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU). Non è lo stesso per quanto riguarda l'asilo, che può essere concesso solo a coloro che fuggono dalle persecuzioni, ai sensi dalla Convenzione delle Nazioni Unite sullo status dei rifugiati del 1951. Vedi

Regolamento sull'Immigrazione del Regno Unito - Sezione 339C.
2. In Germania, protezione umanitaria e protezione sussidiaria sono concetti diversi. La protezione umanitaria è costituita dall'accoglienza e dal soggiorno dei rifugiati ai sensi del diritto internazionale o sulla base di ragioni di tipo umanitario o politico, come previsto nella Legge sul soggiorno Par. 22, 23. In questo senso la definizione del Regno Unito non è applicabile alla Germania.
3. In Estonia e Lettonia questa espressione non viene utilizzata.
4. L'Irlanda ha aderito alla direttiva ed utilizza anche l'espressione Leave to Remain.
5. Austria, Spagna e Italia usano un'espressione simile, vale a dire Permesso di soggiorno per motivi umanitari.

Refoulement

Ritorno di un individuo, che può avvenire in qualsiasi modo, da uno Stato verso il territorio di un altro Stato in cui questi possa essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o opinione politica, oppure dove sarebbe esposto a un rischio di tortura.
Termini correlati: Ritorno forzato, Refoulement (Non-).
Nota: Il respingimento include qualsiasi azione avente l'effetto di far tornare l'individuo in un determinato Stato, compresi l'espulsione, la deportazione, l'estradizione, il respingimento alla frontiera, l'intercettamento extra-territoriale e il ritorno fisico.
Fonte: Thesaurus Internazionale della Terminologia del Rifugiato a cura dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

Refoulement (Non-)

Principio fondamentale del diritto internazionale dei rifugiati, che vieta agli Stati di far tornare in qualsiasi modo i rifugiati nei paesi o nei territori in cui la loro vita o la loro libertà possano essere messe in pericolo.
Termine correlato: Refoulement.
Nota: Il principio di non-refoulement è una norma di diritto internazionale consuetudinario ed è quindi vincolante per tutti gli Stati, indipendentemente dal fatto che essi siano o meno parti contraenti della Convenzione di Ginevra del 1951.
Fonte: Articolo 33 della Convenzione di Ginevra del 1951.

Reinsediamento (Resettlement)

Nel contesto dell'UE, processo mediante il quale cittadini di paesi terzi o apolidi, su richiesta dell'ACNUR, motivata dal loro bisogno di protezione internazionale, sono trasferiti da un paese terzo a uno Stato membro in cui sono autorizzati a soggiornare in virtù di uno dei seguenti status:
i) status di rifugiato ai sensi dell'articolo 2, lettera d), della Direttiva 2004/83/CE; oppure ii) uno status che offre gli stessi diritti e gli stessi vantaggi che il diritto nazionale e quello comunitario riconoscono allo status di rifugiato. Nel contesto internazionale, trasferimento di un rifugiato dal paese in cui ha cercato rifugio in un altro Stato che ha accettato di accoglierlo. Al rifugiato sarà solitamente concesso asilo o altri diritti per i soggiornanti di lungo termine e, in molti casi, avrà la possibilità di diventare cittadino naturalizzato. Per questo motivo, il reinsediamento è una soluzione duratura, nonché uno strumento per la protezione dei rifugiati. Costituisce anche un pratico esempio di condivisione internazionale dell'onere e della responsabilità.
Termini correlati: Quota per rifugiati, Rifugiati (Programma per), Rifugiati (Programma di reinsediamento per).
Fonte: Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro EMN sulla base dell'articolo 3 (1) (d) della Decisione n. 573/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 maggio 2007, che istituisce il Fondo europeo per i rifugiati per il periodo 2008-2013, nell'ambito del programma generale Solidarietà e gestione dei flussi

migratori e che abroga la decisione 2004/904/CE del Consiglio.

Respingimento

Nel contesto dell'UE, rifiuto di ingresso alla frontiera esterna nei confronti di un cittadino di paese terzo in quanto non soddisfa tutti i requisiti d'ingresso di cui all'articolo 5, paragrafo 1, del Regolamento (CE) n. 562/2006 e non rientra nelle categorie di persone di cui all'articolo 5, paragrafo 4, del medesimo Regolamento. Nel contesto internazionale, divieto imposto ad una persona che non soddisfa tutte le condizioni d'ingresso stabilite dalla legislazione nazionale del paese cui è stato chiesto l'ingresso.
Sinonimo: Ingresso (Rifiuto di).
Fonte: Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro EMN sulla base del Regolamento (CE) n. 862/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 luglio 2007, relativo alle statistiche comunitarie in materia di migrazione e di protezione internazionale e che abroga il regolamento (CEE) n. 311/76 del Consiglio relativo all'elaborazione di statistiche riguardanti i lavoratori stranieri (Testo rilevante ai fini del SEE) (Contesto UE). Definizione rielaborata dal Gruppo di lavoro EMN (Contesto internazionale).

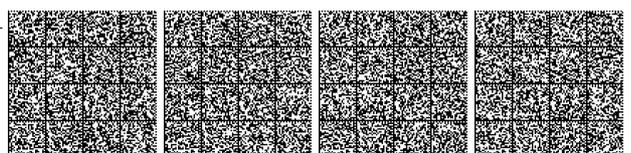
Richiedente protezione internazionale o richiedente

Lo straniero che ha presentato domanda di protezione internazionale su cui non è stata ancora adottata una decisione definitiva ovvero ha manifestato la volontà di chiedere tale protezione. *Fonte:* Decreto legislativo n. 142 del 18 agosto 2015

Ricollocazione (Relocation)

Trasferimento di persone, in possesso di status definito dalla Convenzione di Ginevra o di protezione sussidiaria ai sensi della Direttiva 2004/83/CE, dallo Stato membro che ha concesso la protezione internazionale in un altro Stato membro in cui sarà concessa analoga protezione; nonché trasferimento di persone che hanno presentato domanda di protezione internazionale, dallo Stato membro competente per l'esame dell'istanza in un altro Stato membro in cui le loro domande di protezione internazionale saranno esaminate.
In base alle decisioni del Consiglio d'Europa del 14 e 22 settembre 2015, il sistema prevede per Italia e Grecia, una procedura di ricollocazione, temporanea ed eccezionale, con lo spostamento ad altri Stati membri di persone, richiedenti asilo, "in evidente necessità di protezione internazionale" cioè appartenenti a nazionalità il cui tasso di riconoscimento di protezione sia pari o superiore al 75% sulla base dei dati Eurostat. I Richiedenti, dopo aver presentato la richiesta nello Stato di arrivo, possono essere trasferite nel Paese di ricollocazione che effettuerà l'esame della domanda di protezione internazionale.
Termine correlato: Rifugiato.
Fonte: Studio sulla fattibilità di istituire un meccanismo per la ricollocazione dei beneficiari di protezione internazionale, finanziato dalla Direzione Affari Interni della Commissione Europea (2010), Decisioni del Consiglio d'Europa, n. 1523 del 14 settembre e n. 1601 del 22 settembre 2015.

Rifugiato

In base alla Convenzione di Ginevra, chi, a causa di un giustificato timore di essere perseguitato per la sua razza, religione, cittadinanza, opinioni politiche o appartenenza a un determinato gruppo sociale, si trova fuori dello Stato di cui possiede la cittadinanza e non può o, per tale timore, non vuole domandare la protezione di detto Stato; oppure chiunque, essendo apolide e trovandosi fuori del suo Stato di domicilio abituale in seguito a tali avvenimenti, non può o, per il timore sopra indicato, non vuole ritornarvi. Nel contesto dell'UE, si riferisce in particolare al cittadino di un paese terzo o all'apolide che, ai sensi dell'articolo 1A della Convenzione di Ginevra, viene ammesso a risiedere in quanto tale nel territorio di uno Stato membro e al quale l'articolo 12 (Esclusione), della Direttiva 2004/83/CE non si applica.

Termine più ampio: Migrante forzato.
Termini correlati: Asilo, Sfollato interno.
Fonte: Convenzione di Ginevra del 1951. Articolo 2(c) della Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.

Rifugiato (Status di)
Riconoscimento, da parte di uno Stato membro, di un cittadino di paese terzo o di un apolide quale rifugiato.
Termini correlati: Rifugiato ex Convenzione, Protezione Internazionale, Rifugiato (Riconoscimento collettivo dello status di), Rifugiato (Revoca dello status di).
Fonte: Articolo 2 (d) della Direttiva 2004/83/CE del Consiglio, del 29 aprile 2004, recante norme minime sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta.

Rimpatrio
Generalmente, movimento mediante cui una persona torna al suo paese di origine, di cittadinanza o di residenza abituale, di solito dopo aver trascorso un significativo periodo di tempo in un altro paese (si considera, in genere, un periodo di tempo superiore ai tre mesi, escludendo le vacanze e le riunioni di lavoro). Il ritorno può essere volontario o meno. Nell'ambito della Direttiva sul ritorno 2008/115/CE, si intende l'atto di fare rientro di un cittadino di un paese terzo, sia in adempimento volontario di un obbligo di ritorno sia forzatamente:
- nel proprio paese di origine;
- in un paese di transito in conformità ad accordi comunitari o bilaterali di riammissione o di altre intese;
- in un altro paese terzo, in cui il cittadino del paese terzo in questione decide volontariamente di ritornare e in cui sarà accettato.

Sinonimo: Migrazione di ritorno.
Termini più specifici: Ritorno forzato, Ritorno volontario assistito.

Straniero
Il cittadino di Stati non appartenenti all'Unione europea e l'apolide.
Fonte: Decreto legislativo n. 142 del 18 agosto 2015

Tratta di esseri umani
Il reclutamento, il trasporto, il trasferimento di una persona, il darle ricovero e la successiva accoglienza, compreso il passaggio o il trasferimento del potere di disporre di questa persona, attraverso minacce, uso della forza o altre forme di coercizione, rapimento, inganno, frode, abuso di potere o di una posizione di vulnerabilità, offerta o accettazione di pagamenti o benefici per ottenere il consenso di una persona che abbia il potere di disporre di un'altra persona, a fini di sfruttamento.
Termini correlati: Sfruttamento, Palermo (Protocollo di), Sito web antitratta dell'UE.
Note:
1. Una posizione di vulnerabilità implica che la persona interessata non abbia altra scelta effettiva ed accettabile se non cedere all'abuso di cui è vittima.
2. Lo sfruttamento comprende, come minimo, lo sfruttamento della prostituzione altrui o altre forme di sfruttamento sessuale, il lavoro o i servizi forzati, compresi l'accattonaggio, la schiavitù o pratiche analoghe

alla schiavitù, la servitù, lo sfruttamento di attività criminali o il prelievo di organi.
3. Il Sito web anti-tratta dell'UE (http://ec.europa.eu/anti-trafficking/) costituisce un «one-stop-shop» per gli operatori e il pubblico interessato al problema della tratta.
Fonte: 2002/629/GAI: Decisione quadro del Consiglio, del 19 luglio 2002, sulla lotta alla tratta degli esseri umani.

Allegato 1 - Schema di CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE / MEDICA

Redigere la certificazione su Carta intestata della ASL o del Centro di Cura

Elementi minimi da riportare:
- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità /permesso di soggiorno/cedolino etc.
- Status giuridico
- Luogo di dimora.
- Struttura o professionista inviante
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita
- Descrizione di eventuali patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), rilevate, allegare i referti, se presenti, e ogni altra documentazione medica.
- Indicazione dell'eventuale documentazione psichiatrica/psicologica o di relazione specifica ove presente. ed allegare.
- Indicazione di eventuali relazioni/segnalazioni di operatori di riferimento, compresi i docenti di lingua o di altri corsi di formazione, in relazione a difficoltà cognitive, relazionali, comportamentali ed allegare
- Descrizione degli esiti traumatici evidenziati all'esame obiettivo (il riferimento scientifico è il protocollo di Istanbul)
- Conclusioni che prevedano:
  - ✓ valutazione dei bisogni sociosanitari in relazione alle patologie descritte
  - ✓ temporalità degli esiti fisici
  - ✓ segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica
  - ✓ riferimento a eventuale certificazione psichiatrica/psicologica o/a referti significativi
  - ✓ rilevazione di precedenti infortuni/patologie che possono influire sulla presente valutazione, se presenti specificare.
  - ✓ giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze denunciate e gli esiti accertati in termini di compatibilità e incompatibilità, secondo le formule conclusive previste dal Protocollo di Istanbul e riportate in legenda.

Firma e qualifica del certificatore

Luogo e data della certificazione.

La struttura e il contenuto della certificazione possono variare in relazione a formali quesiti/richieste da parte della Commissione o del Magistrato da riportare nella certificazione stessa.

LEGENDA da inserire a piè di pagina o sul retro della certificazione:

Formule conclusive tratte dal Protocollo di Istanbul (paragrafo 186):
- *non compatibile: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non può essere stata causata dal trauma descritto*
- *compatibile: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause*
- *altamente compatibili: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto, e ci sono poche altre cause possibili*
- *tipico: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause*
- *specifico: la lesione e/o la sintomatologia psichiatrica non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto*

Allegato 2 - Schema di CERTIFICAZIONE PSICHIATRICA

Redigere la certificazione su Carta intestata della ASL o del Centro di Cura

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità /permesso di soggiorno/cedolino etc.
- Status giuridico
- Struttura o professionista inviante
- Luogo di dimora
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita
- Numero di visite effettuate e relative date
- Patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), allegare la documentazione medica.
- Pregressa documentazione di interesse psichiatrico se presente .
- Anamnesi personale e familiare psichiatrica con particolare attenzione alle fasi pre, durante e post migratorie e ad eventuali esperienze traumatiche personali e familiari.
- Descrivere eventuali trattamenti e/o ricoveri in ambiente specialistico e allegare, ove presenti, referti e documentazione.
- Indicare ed allegare eventuali relazioni/segnalazioni di operatori di riferimento, compresi i docenti di lingua o di altri corsi di formazione, in relazione a difficoltà cognitive, relazionali, comportamentali
- Descrizione dei principali sintomi psicopatologici.
- Orientamento diagnostico/diagnosi principale e secondaria
- Trattamenti farmacologici e non
- Decorso e prognosi
- Segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica
- Indicazioni delle cautele da adottare (in particolare durante l'audizione in commissione).
- Conclusioni che prevedano:
  - ✓ valutazione dei bisogni sociosanitari in relazione alle patologie sopradescritte
  - ✓ riferimento a eventuale certificazione medico-legale o medica o referti significativi
  - ✓ rilevazione di precedenti infortuni/patologie che possono influire sulla presente valutazione, se presenti specificare.
  - ✓ giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze denunciate e gli esiti accertati in termini di compatibilità e incompatibilità, secondo le formule conclusive previste dal Protocollo di Istanbul e riportate in legenda.

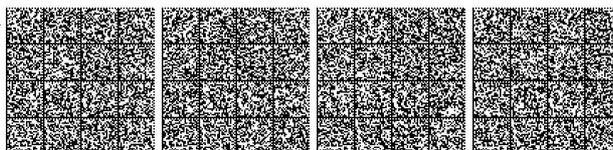
Firma e qualifica del certificatore

Luogo e data della certificazione.

La struttura e il contenuto della certificazione possono variare in relazione a formali quesiti/richieste da parte della commissione o del magistrato da riportare nella certificazione stessa.

LEGENDA da inserire a piè di pagina o sul retro della certificazione:

Formule conclusive tratte dal Protocollo di Istanbul (paragrafo 186):

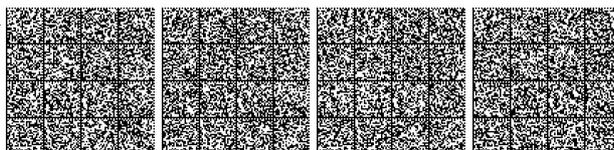
- *non compatibile: la sintomatologia psichiatrica non può essere stata causata dal trauma descritto*
- *compatibile: la sintomatologia psichiatrica può essere stata causata dal trauma descritto, ma non è specifica e ci sono molte altre possibili cause*
- *altamente compatibili: la sintomatologia psichiatrica può essere causata dal trauma descritto e ci sono poche altre cause possibili*
- *tipico: la sintomatologia psichiatrica viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause*
- *specifico: la sintomatologia psichiatrica non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto*

Allegato 3 - Schema di RELAZIONE PSICOLOGICA

Redigere la relazione su Carta intestata della ASL o del Centro di Cura

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità / permesso di soggiorno /cedolino etc.
- Luogo di dimora
- Status giuridico
- Struttura o professionista inviante
- Numero di visite effettuate e relative date
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita
- Eventuali patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), rilevate.
- Eventuale pregressa documentazione di interesse psicologico psichiatrico.
- Eventuali relazioni/segnalazioni di operatori di riferimento, docenti di italiano o di corsi di formazione di difficoltà cognitive, relazionali, comportamentali.
- Anamnesi personale e familiare psichiatrica con particolare attenzione al rapporto con le fasi pre, durante e post migratori ad eventuali esperienze traumatiche personali e familiari.
- Descrizione dei principali sintomi psicopatologici.
- Orientamento diagnostico/diagnosi principale e secondaria
- Trattamenti in corso
- Decorso e prognosi
- Segnalazione di particolare vulnerabilità e eventuali rischi in situazioni di rievocazione della storia traumatica
- Indicazioni delle cautele da adottare (in particolare durante l'audizione in Commissione)
- Conclusioni che prevedano:
    - ✓ valutazione dei bisogni sociosanitari in relazione alle patologie sopradescritte;
    - ✓ giudizio sul rapporto di causalità tra le violenze denunciate e gli esiti accertati sulla condizione psicologica in termini di compatibilità e incompatibilità.

Firma e qualifica del professionista

Luogo e data

Allegato 4 - Schema di RELAZIONE MEDICA

Redigere la relazione su Carta intestata della ASL o del Centro di Cura

Elementi minimi da riportare:

- Dati anagrafici ed estremi del documento di identità /permesso di soggiorno/cedolino etc.
- Status giuridico
- Luogo di dimora
- Struttura e/o ruolo del professionista inviante (medico di medicina generale, specialista)
- Generalità del mediatore linguistico-culturale (MLC), ove presente e lingua usata durante la visita
- Patologie di lunga durata/croniche necessitanti di assistenza sanitaria (accertamenti, terapie, trattamenti riabilitativi, etc), allegare la documentazione medica.
- Eventuali trattamenti e/o ricoveri in ambiente specialistico e allegare, ove presenti, referti e documentazione
- Orientamento diagnostico/diagnosi principale e secondaria
- Trattamenti farmacologici e non
- Decorso e prognosi

Firma e qualifica del medico

Luogo e data

17A02804

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI E FORESTALI

DECRETO 24 febbraio 2017.

Istituzione della banca dati informatizzata delle sementi e del materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con il metodo biologico e disposizioni per l'uso di sementi o di materiale di moltiplicazione vegetativa non ottenuti con il metodo di produzione biologico.

IL MINISTRO DELLE POLITICHE AGRICOLE
ALIMENTARI E FORESTALI

Visto il reg. (CE) n. 834/2007 del Consiglio del 28 giugno 2007 e s.m.i. relativo alla produzione biologica e all'etichettatura dei prodotti biologici e che abroga il regolamento (CEE) n. 2092/91;

Visto il reg. (CE) n. 889/2008 della Commissione del 5 settembre 2008 e s.m.i. recante modalità di applicazione del reg. (CE) n. 834/2007 del Consiglio relativo alla produzione biologica e all'etichettatura dei prodotti biologici, per quanto riguarda la produzione biologica, l'etichettatura e i controlli;

Vista la legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i. recante «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi»;

Visto il decreto legislativo 17 marzo 1995 n. 220 di attuazione degli articoli 8 e 9 del reg. (CEE) n. 2092/1991 in materia di produzione agricola ed agro-alimentare con metodo biologico;

Visto il decreto ministeriale 27 novembre 2009 n. 18354, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 31 dell'8 febbraio 2010 e successive modifiche e integrazioni, recante «Disposizioni per l'attuazione dei regolamenti (CE) n. 834/2007, n. 889/2008, n. 1235/2008 e successive modifiche riguardanti la produzione biologica e l'etichettatura dei prodotti biologici»;

Visto il decreto ministeriale 1° febbraio 2012 n. 2049, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 70 del 23 marzo 2012, recante «Disposizioni per l'attuazione del regolamento di esecuzione n. 426/11 e la gestione informatizzata della notifica di attività con metodo biologico ai sensi dell'art. 28 del reg. (CE) n. 834 del Consiglio del 28 giugno 2007 e successive modifiche, relativo alla produzione biologica e all'etichettatura dei prodotti biologici, che abroga il reg. (CEE) n. 2092/91»;

Visto il decreto ministeriale 9 agosto 2012 n. 18321, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 227 del 28 settembre 2012, recante «Disposizioni per la gestione informatizzata dei programmi annuali di produzione vegetale, zootecnica, d'acquacoltura, delle preparazioni e delle importazioni con metodo biologico e per la gestione informatizzata del documento giustificativo e del certificato di conformità ai sensi del reg. (CE) n. 834 del Consiglio del 28 giugno 2007 e successive modifiche ed integrazioni»;

Ritenuto necessario al fine di favorire la produzione delle aziende sementiere biologiche ed agevolare la conservazione della biodiversità locale e tradizionale sostenendo l'utilizzo di sementi e materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con il metodo di produzione biologico, provvedere a:

istituire una banca dati informatizzata che comprenda le sementi, i tuberi semi di patata ed il materiale di propagazione vegetativa ottenuti con il metodo di produzione biologico;

definire liste di equivalenza varietale, per determinate specie, al fine di garantire un impiego preferenziale delle sementi e materiale di moltiplicazione vegetativa biologici e ridurre il numero di deroghe rilasciate, senza determinare pregiudizio per l'operatore;

semplificare la procedura necessaria al rilascio delle deroghe all'impiego di sementi, tuberi semi di patate e materiale di moltiplicazione vegetativa non ottenuti con il metodo di produzione biologico;

Ritenuto opportuno inserire la banca dati delle sementi e del materiale di moltiplicazione vegetativa biologici nell'ambito del portale dei servizi realizzati dal Sistema informativo agricolo nazionale - SIAN;

Sentito il tavolo tecnico permanente sull'agricoltura biologica di cui al decreto ministeriale n. 631 del 9 aprile 2013 nella riunione del 29 ottobre 2015;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella riunione del 29 settembre 2016.

Decreta:

Art. 1.

Campo di applicazione e definizioni

1. Il presente decreto disciplina in conformità ai reg. (CE) n. 834/2007 e n. 889/2008:

a) la gestione di una banca dati informatizzata per l'inserimento e la verifica della disponibilità commerciale di sementi e di materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con il metodo di produzione biologico, di seguito «BDS»;

b) il rilascio della deroga per l'impiego di sementi e di materiale di moltiplicazione vegetativa non ottenuti con il metodo di produzione biologico, di cui all'art. 45, paragrafo 1 lett. *b)* del reg. (CE) n. 889/2008;

c) l'attività di verifica dell'esistenza delle condizioni necessarie per il rilascio della deroga svolta dagli Organismi di controllo.

2. Ai fini del presente decreto si intende per:

a) «BDS»: sistema informatico, reso disponibile dal Sistema informativo biologico, di seguito SIB, contenente l'elenco delle specie e varietà di sementi e/o di materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con il metodo di produzione biologico o provenienti da unità di produzione in conversione all'agricoltura biologica disponibili sul mercato nazionale e relativi fornitori;

b) «categorie commerciali di una specie»: varietà o gruppi di varietà che, per caratteristiche agronomiche, fenotipiche, produttive e commerciali sono tra loro simili ed omogenee e pertanto riconducibili ad un'unica tipologia o categoria di prodotto;

c) «fornitori di sementi e/o di materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con il metodo di produzione biologico», di seguito «fornitori»:

gli operatori biologici iscritti nell'elenco di cui all'art. 7 del decreto ministeriale 1° febbraio 2012 n. 2049, registrati come tali nella BDS;

i venditori che trattano sementi e/o materiale di moltiplicazione vegetativa biologici preconfezionati, registrati come tali nella BDS, anche se non sono operatori biologici;

d) «materiale di moltiplicazione vegetativa»: barbatelle, marze, astoni, talee, gemme, plantule ottenute in micropropagazione, zampe di asparago, carducci e ovoli di carciofo, bulbi, rizomi, funghi, piantine frigo-conservate e stoloni o cime radicate di fragola, piantine di ortive se destinate a fungere da pianta porta-seme;

e) «sementi»: le sementi e i tuberi-seme di patata;

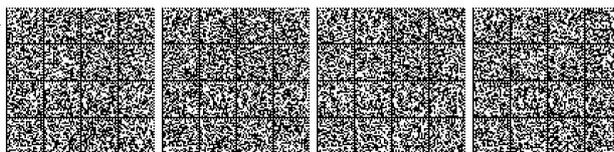
f) «varietà equivalenti»: insieme di singole varietà di una specie che, per caratteristiche agronomiche, fenotipiche, produttive e commerciali sono tra loro sostituibili senza arrecare potenziale danno all'agricoltore;

g) «varietà da conservazione»: insieme di varietà, popolazioni, ecotipi, cloni e cultivar di specie di piante agrarie ed ortive autoctone o non autoctone (purchè integratesi negli agroecosistemi locali e regionali), minacciate da erosione genetica, coltivate sul territorio nazionale o conservate presso orti botanici, istituti sperimentali o di ricerca e banche del germoplasma, per le quali sussiste un interesse economico, scientifico, culturale o paesaggistico.

3. Le disposizioni di cui all'art. 45, paragrafi dal 2 al 9 e all'art. 48 del reg. (CE) n. 889/08 si applicano anche al materiale di moltiplicazione vegetativo.

Art. 2.

Autorità competenti

1. Il Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali - Dipartimento delle politiche competitive della qualità agroalimentare, ippiche e della pesca, Direzione generale per la promozione della qualità agroalimentare e

dell'ippica, Ufficio agricoltura biologica e Sistemi di qualità alimentare nazionale e affari generali, di seguito «Ministero» è l'Autorità competente, ai sensi degli artt. 45 e 48 del reg. (CE) n. 889/2008, per la gestione della BDS e per il rilascio dell'autorizzazione all'uso di sementi e/o di materiale di moltiplicazione vegetativa non ottenuti con il metodo di produzione biologico.

Art. 3.

Banca dati

1. La BDS è gestita dal Ministero attraverso i servizi resi disponibili dal SIB ed è accessibile dall'indirizzo web http://mipaaf.sian.it o dai sistemi informativi regionali ai sensi dell'art. 7, comma 5, della legge n. 154 del 2016.

2. Le specie o alcune categorie commerciali di una specie di sementi e di materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con il metodo di produzione biologico sono distinte all'interno della BDS in tre liste di appartenenza:

a) lista rossa: elenca le specie o le categorie commerciali di una specie disponibili in quantità sufficienti sul mercato nazionale, per le quali non è concessa deroga, salvo il caso previsto all'art. 45, par. 5, lett. *b)* del reg. (CE) n. 889/2008, consultabile in ambiente pubblico presso il SIB;

b) lista verde: elenca le specie o le categorie commerciali di una specie indisponibili sul mercato nazionale e per le quali, ai sensi dell'art. 45, par. 8 del reg. (CE) n. 889/2008, è concessa annualmente una deroga generale, consultabile in ambiente pubblico presso il SIB;

c) lista gialla: contiene l'elenco di tutte le varietà delle specie non ricomprese sub *a)* e *b)* per le quali è necessario, tramite la BDS con accesso in area riservata, effettuare una verifica di disponibilità commerciale per la successiva eventuale concessione della deroga ai sensi dell'art. 45, par. 5 del reg. (CE) n. 889/2008. In ambiente pubblico è consultabile esclusivamente l'elenco di tutte le varietà delle specie non ricomprese nelle liste rossa e verde e non è verificabile la disponibilità commerciale delle stesse varietà.

3. Nella BDS sono inserite dai fornitori le disponibilità di:

a) sementi e materiale di moltiplicazione vegetativa provenienti da appezzamenti biologici e prodotti, ai sensi dell'art. 12, paragrafo 1, lett. i, del reg. (CE) n. 834/2007, rispettivamente da piante madri o piante genitrici coltivate secondo le norme dell'agricoltura biologica per almeno una generazione o, nel caso di colture perenni, per due cicli vegetativi. Nel caso di specie a bulbo, tubero o radice nuda per le quali la produzione di seme comporti il reimpianto del bulbo, del tubero o della radice nuda, il ciclo vegetativo svolto secondo le norme dell'agricoltura biologica si conteggia a partire dal reimpianto degli stessi;

b) sementi e materiale di moltiplicazione vegetativa prodotti come al punto *a)*, ma provenienti da unità di produzione in conversione all'agricoltura biologica.

4. Il Ministero si avvale di un «Gruppo di esperti», da nominarsi con successivo provvedimento e costituito da tre rappresentanti del Ministero, tre rappresentanti delle Regioni e Province autonome designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e sei rappresentanti di associazioni di categoria, per la predisposizione e l'aggiornamento delle liste rossa e verde e per l'identificazione delle varietà equivalenti, delle categorie commerciali di una specie e delle varietà da conservazione a erosione genetica di cui all'art. 1, paragrafo 2, del presente decreto, definendone il loro posizionamento relativamente alle liste rossa e verde.

5. Ai componenti del Gruppo di Esperti, di cui al punto precedente, non è corrisposto alcun emolumento, indennità o rimborso spese, nel rispetto del decreto-legge n. 78 del 31 maggio 2010 e dell'art. 2, comma 7, della legge n. 4 del 3 febbraio 2011.

Art. 4.

Registrazione dei fornitori e delle disponibilità

1. Il fornitore che intende commercializzare sementi o materiale di moltiplicazione vegetativa biologici sul territorio nazionale, attraverso la BDS, direttamente o per il tramite di soggetto mandatario o delegato, si abilita ad operare nel SIB e procede alla propria registrazione all'interno della BDS.

2. Il fornitore, attraverso i servizi resi disponibili dal SIB, inserisce e mantiene aggiornate in modo continuativo, all'interno della BDS, le informazioni di cui all'art. 51, paragrafi 1 e 2, del reg. (CE) n. 889/2008.

3. Il Ministero ha facoltà di annullare la registrazione del fornitore che non provveda all'aggiornamento nella BDS della propria disponibilità di sementi o di materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con il metodo di produzione biologico o provenienti da unità di produzione in conversione all'agricoltura biologica.

Art. 5.

Condizioni per il rilascio della deroga

1. La deroga annuale generale è automaticamente rilasciata per le specie o le categorie commerciali di una specie di cui alla lista verde con le modalità previste all'allegato I al presente decreto.

2. L'operatore biologico, abilitato ad operare nel SIB, qualora ricorrano una o più condizioni previste all'art. 45, par. 5 del reg. (CE) n. 889/2008, richiede, attraverso i servizi resi disponibili dal SIB, direttamente o per il tramite di soggetto mandatario o delegato, l'autorizzazione ad utilizzare sementi o materiale di moltiplicazione vegetativa non biologici per quelli non ricompresi nella lista verde.

3. Ai sensi dell'art. 45, paragrafo 7, del reg. (CE) n. 889/2008, la deroga è concessa al singolo richiedente per una stagione colturale alla volta.

4. La disponibilità nella BDS di sementi o materiale di moltiplicazione vegetativa provenienti da un'unità di produzione in conversione all'agricoltura biologica o di varietà considerate equivalenti è ostativa al rilascio della deroga, salvo il caso previsto dall'art. 45, paragrafo 5 lett. *b)* del reg. (CE) n. 889/2008.

Art. 6.

Procedura di gestione della BDS e di rilascio della deroga

1. La procedura di gestione della BDS e di richiesta e concessione dell'autorizzazione per l'utilizzo di sementi e di materiale di moltiplicazione vegetativa non ottenuti con il metodo di produzione biologico è descritta all'allegato I del presente decreto che ne costituisce parte integrante.

Art. 7.

Attività degli Organismi di controllo

1. Gli Organismi di controllo, nel corso delle ordinarie attività ispettive:

a) verificano l'effettiva sussistenza delle condizioni che hanno determinato la concessione della deroga ed il possesso da parte dell'operatore di idonea documentazione comprovante la motivazione di concessione registrata dal sistema;

b) verificano che la specie o la varietà seminata corrisponda a quella indicata nella richiesta di deroga;

c) comunicano al Ministero ed alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano il ricorso alla deroga, da parte degli operatori, nel caso di specie e varietà elencate nella lista verde di cui all'art. 3, par. 1, lett. *b)* del presente decreto.

Art. 8.

Relazione di sintesi e dati statistici

1. Il SIB, attraverso apposite funzioni informatiche, registra i quantitativi, suddivisi per specie e varietà, di sementi per i quali è stato concesso l'impiego in deroga anche a fini statistici ed il Ministero trasmette alla Commissione e alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano una relazione di sintesi, ai sensi dell'art. 55 del reg. (CE) n. 889/08.

Art. 9.

Disposizioni transitorie e finali

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana e relativamente agli articoli 4, 5, 6, 7 ed 8 si applica con decorrenza 1° gennaio 2018.

2. A decorrere dalla data di applicazione degli articoli 4, 5, 6, 7 ed 8 del presente decreto, l'art. 7 punto 5) e l'all. 5 del decreto 27 novembre 2009 n. 18354 sono abrogati.

Art. 10.

Clausola di salvaguardia

1. Le disposizioni del presente decreto si applicano alle Regioni a statuto speciale ed alle Provincie Autonome di Trento e Bolzano nel rispetto e nei limiti degli statuti speciali di autonomia e delle relative norme di attuazione inclusa la vigente normativa in materia di bilinguismo e di uso della lingua italiana e tedesca per la redazione dei provvedimenti e degli atti rivolti al pubblico come previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 1988 n. 574.

2. All'attuazione delle disposizioni del presente decreto si provvede nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il presente decreto è trasmesso all'Organo di controllo per la registrazione ed è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 24 febbraio 2017

Il Ministro: MARTINA

ALLEGATO *I*

Procedura di gestione della BDS

Inserimento delle sementi e del materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con metodo di produzione biologico o provenienti da unità produttive in conversione all'agricoltura biologica da parte dei fornitori e rilascio della deroga per l'utilizzo, da parte degli operatori biologici, di sementi e di materiale di moltiplicazione vegetativa non ottenuti con metodo di produzione biologico.

I servizi resi disponibili dal SIB per la procedura descritta nel presente allegato constano di un ambiente pubblico (consultazione) per il controllo delle liste Verde e Rossa e di un ambiente riservato (gestione) raggiungibile tramite apposite credenziali di accesso per tutte le altre operazioni.

Il Ministero, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e gli Organismi di controllo sono autorizzati all'accesso dell'ambiente riservato della BDS per le rispettive competenze di vigilanza e controllo.

Le procedure informatiche di cui al presente allegato descritte nel relativo manuale d'uso disponibile presso l'apposita sezione all'indirizzo web http://mipaaf.sian.it

1. Registrazione in BDS dei fornitori

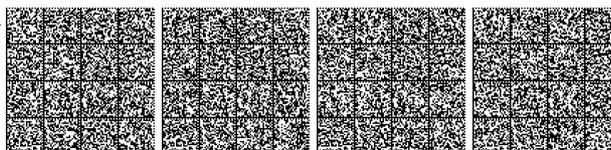
L'operatore, iscritto nell'elenco di cui all'art. 7 del decreto ministeriale 1° febbraio 2012 n. 2049, per registrarsi nella BDS, deve essere notificato nel SIB come produttore vegetale (Av), e/o preparatore (B), e/o importatore (C) di sementi e/o vivaista «s».

Il venditore, che commercializza sementi e/o materiale di moltiplicazione vegetativa biologici preconfezionati, anche se non iscritto nell'elenco di cui all'art. 7 del decreto ministeriale 1° febbraio 2012 n. 2049, può registrarsi nella BDS come venditore di sementi e/o di materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con metodo di produzione biologico.

Le procedure di iscrizione alla BDS sono rese disponibili dal SIB e descritte nel relativo manuale d'uso disponibile presso l'apposita sezione all'indirizzo web http://mipaaf.sian.it

Trascorsi 30 giorni, senza che la domanda di registrazione sia stata rifiutata dal Ministero, i fornitori sono registrati all'interno della BDS.

2. Registrazione delle disponibilità ed aggiornamento della banca dati

Il fornitore registra la propria disponibilità di sementi e del materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con metodo di produzione biologico o provenienti da unità produttive in conversione all'agricoltura biologica e mantiene aggiornata la BDS.

I fornitori rispondono tempestivamente alle richieste di disponibilità trasmesse automaticamente dalla BDS tramite posta elettronica ordinaria o certificata, fornendo le dovute informazioni, anche di tipo commerciale.

3. Gestione delle liste

Il Ministero, supportato dal gruppo di esperti, di cui all'art. 3 comma 4 del decreto, redige e aggiorna almeno annualmente le liste rossa e verde (specie ed eventuali categorie commerciali di una specie) e le liste di varietà equivalenti per le specie di maggiore interesse.

L'aggiornamento delle liste sopracitate, valevoli per l'anno solare successivo, avviene entro il 30 settembre di ogni anno.

Tali liste sono in consultazione pubblica sul SIB.

4. Richiesta aggiornamento delle liste

I fornitori, sulla base della propria conoscenza del mercato nazionale delle sementi e dei materiali di moltiplicazione vegetativa, possono richiedere al Ministero la modifica delle liste.

Tali richieste, devono pervenire al Ministero entro il 30 giugno di ogni anno, al fine di consentire al gruppo di esperti di valutare le proposte ed eventualmente aggiornare le liste valevoli per l'anno solare successivo.

5. Verifica da parte dell'operatore della disponibilità di sementi e materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con metodo di produzione biologico o provenienti da appezzamenti in conversione.

L'operatore biologico, al fine di identificare un possibile fornitore, almeno 10 giorni prima della semina, interroga la BDS inserendo le seguenti informazioni:

specie/varietà di cui intende rifornirsi;

tempi limite di consegna;

specifiche tecniche qualitative;

quantitativo necessario.

A seguito dell'interrogazione della BDS si può verificare che:

a) *la specie o la tipologia commerciale cui appartiene la varietà richiesta sono incluse nella lista Rossa.*

La BDS, a seguito della interrogazione, rende visibile la lista dei potenziali fornitori della varietà o di varietà equivalenti di sementi o di materiale di moltiplicazione vegetativa ottenuti con metodo di produzione biologico o provenienti da appezzamenti in conversione.

La BDS consente all'operatore, tramite apposita abilitazione al SIB, di inviare automaticamente una preliminare richiesta di acquisto ai fornitori individuati corredata delle informazioni indicate al primo capoverso del presente paragrafo.

A seguito delle risposte dei fornitori, l'operatore decide quale fornitore contattare per concludere, privatamente, la transazione commerciale.

Qualora non si possa concludere la transazione commerciale, nei casi previsti dall'art. 45, par. 5, lett. *b)* del reg. (CE) n. 889/2008, all'operatore è consentito di ottenere il rilascio della deroga dalla BDS che, contemporaneamente, trasmette un messaggio di allerta all'Organismo di controllo dell'operatore al fine di assicurarne la successiva azione di verifica e controllo di cui all'art. 7 del decreto.

b) *la specie/varietà richiesta è inclusa nella lista Verde*

La BDS evidenzia che per le specie/varietà incluse nella lista verde è concessa automaticamente la deroga all'uso di semente e materiale di moltiplicazione vegetativa non biologici per l'anno solare in corso.

L'operatore è tenuto a stampare la lista verde relativamente alla presenza delle specie/varietà di proprio interesse a comprova della consultazione effettuata.

L'Organismo di controllo, nel corso delle attività descritte all'art. 7 del presente decreto, provvede attraverso apposita funzionalità della BDS alla comunicazione al Ministero e alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del ricorso alla deroga da parte dell'operatore controllato.

c) *la specie richiesta è inclusa nella lista Gialla*

La BDS, a seguito della interrogazione, rende visibile la lista dei potenziali fornitori della varietà o di varietà equivalenti di sementi o materiale di moltiplicazione vegetativa biologici o provenienti da appezzamenti in conversione.

La BDS, consente all'operatore di inviare automaticamente una preliminare richiesta di acquisto ai fornitori individuati corredata delle informazioni indicate al primo capoverso del presente paragrafo.

A seguito dell'invio della richiesta si possono verificare 2 circostanze:

1) nessun fornitore conferma, entro 5 giorni lavorativi dall'invio della richiesta:

la disponibilità alla vendita della varietà o di varietà equivalenti;

la possibilità di effettuare la consegna in tempo utile per la semina;

le specifiche tecniche qualitative;

il quantitativo necessario.

in tal caso all'operatore è consentito di ottenere dalla BDS il rilascio della deroga.

2) uno o più fornitori, entro 5 giorni lavorativi dall'invio della richiesta, confermano:

la disponibilità alla vendita della varietà o di varietà equivalenti;

la possibilità di effettuare la consegna in tempo utile per la semina;

le specifiche tecniche qualitative;

il quantitativo necessario.

in tal caso l'operatore deciderà quale fornitore contattare per concludere, privatamente, la transazione commerciale.

Qualora non si possa concludere la transazione commerciale, nei casi previsti dall'art. 45, par. 5, lett. *b)* del reg. (CE) n. 889/2008, all'operatore è consentito di ottenere il rilascio della deroga dalla BDS che, contemporaneamente, trasmette un messaggio di allerta all'Organismo di controllo dell'operatore al fine di assicurarne la successiva azione di verifica e controllo di cui all'art. 7 del decreto.

d) *la specie/varietà è richiesta per scopi di ricerca e sperimentazione o conservazione*

La BDS consente all'operatore di ottenere il rilascio della deroga per l'utilizzo di sementi o materiale di moltiplicazione vegetativa non biologici nei casi previsti all'art. 5, paragrafo 2, del decreto. La BDS contemporaneamente trasmette un messaggio di allerta all'Organismo di Controllo dell'operatore al fine di assicurare la successiva azione di verifica e controllo di cui all'art. 7 del decreto.

17A02812

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

ORDINANZA 7 aprile 2017.

Ulteriori disposizioni di protezione civile per favorire e regolare il subentro della Regione Lazio nelle iniziative finalizzate al superamento della situazione di criticità determinatasi a seguito delle eccezionali avversità atmosferiche verificatesi nei giorni dal 31 gennaio al 4 febbraio 2014 nel territorio delle Province di Roma, Frosinone, Rieti e Viterbo. Proroga della contabilità speciale n. 5829. (Ordinanza n. 445).

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO
DELLA PROTEZIONE CIVILE

Visto l'art. 5 della legge 24 febbraio 1992, n. 225;

Visto l'art. 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 30 giugno 2014 con la quale è stato dichiarato, per centottanta giorni, lo stato d'emergenza in conseguenza delle eccezionali avversità atmosferiche verificatesi nei giorni dal 31 gennaio al 4 febbraio 2014 nel territorio delle Province di Roma, Frosinone, Rieti e Viterbo;

Vista l'ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile n. 184 del 29 luglio 2014 recante: «Primi interventi urgenti di protezione civile in conseguenza delle eccezionali avversità atmosferiche verificatesi nei giorni dal 31 gennaio al 4 febbraio 2014 nel territorio delle Province di Roma, Frosinone, Rieti e Viterbo.»;

Viste le ordinanze del Capo del dipartimento della protezione civile n. 220 del 15 gennaio 2015 e n. 324 dell'8 marzo 2016, con cui sono state adottate disposizioni per favorire e regolare il subentro della Regione Lazio nelle iniziative finalizzate al superamento della situazione di criticità determinatasi a seguito dei citati eventi calamitosi;

Vista la nota del 19 gennaio 2016 con cui la Regione Lazio ha chiesto il mantenimento, per ulteriori dodici mesi, della contabilità speciale n. 5829 di cui alla sopra citata ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile n. 220/2015;

Ravvisata la necessità di assicurare il completamento, senza soluzioni di continuità, degli interventi finalizzati al superamento del contesto critico in rassegna, anche in un contesto di necessaria prevenzione da possibili situazioni di pericolo per la pubblica e privata incolumità;

Ritenuto, quindi, necessario, adottare un'ordinanza ai sensi dell'art. 5, commi 4-*ter* e 4-*quater*, della legge n. 225/1992, con cui consentire la prosecuzione, in regime ordinario, delle iniziative finalizzate al superamento della situazione di criticità in atto;

Acquisita l'intesa della Regione Lazio;

Di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Dispone:

Art. 1.

1. Al fine di consentire il completamento delle attività già programmate ai sensi dell'ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile n. 220 del 15 gennaio 2015, il direttore dell'Agenzia regionale di protezione civile della Regione Lazio, soggetto responsabile ai sensi dell'art. 1, comma 2, della medesima ordinanza n. 220/2015, titolare della contabilità speciale n. 5829, è autorizzato a mantenere aperta la predetta contabilità fino al 23 gennaio 2018.

2. Restano fermi gli obblighi di rendicontazione di cui all'art. 5, comma 5-*bis*, della legge n. 225 del 1992.

La presente ordinanza sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 7 aprile 2017

Il Capo del Dipartimento: CURCIO

17A02791

ORDINANZA 11 aprile 2017.

Ordinanza di protezione civile per favorire e regolare il subentro della gestione ordinaria nelle iniziative finalizzate al superamento della situazione di criticità conseguente al dissesto causato dal movimento franoso che ha interessato il viadotto «Himera I» dell'Autostrada A-19 Catania Palermo verificatosi nel mese di aprile 2015. (Ordinanza n. 446).

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO
DELLA PROTEZIONE CIVILE

Visto l'art. 5 della legge 24 febbraio 1992, n. 225;

Visto l'art. 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

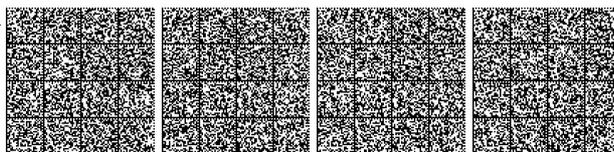
Visto il decreto-legge del 15 maggio 2012, n. 59 convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2012, n. 100;

Visto in particolare l'art. 3, comma 2, ultimo periodo del citato decreto-legge n. 59/2012 dove viene stabilito che per la prosecuzione degli interventi da parte delle gestioni commissariali ancora operanti ai sensi della legge 24 febbraio 1992, n. 225 trova applicazione l'art. 5, commi 4-*ter* e 4-*quater* della medesima legge n. 225/1992;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 18 maggio 2015, con la quale è stato dichiarato, fino al centottantesimo giorno dalla data del medesimo provvedimento, lo stato di emergenza in conseguenza degli eventi meteorologici verificatisi nel periodo dal 16 febbraio al 10 aprile 2015 nel territorio delle Province di Palermo, Agrigento, Caltanissetta, Enna, Messina e Trapani;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 13 novembre 2015, con la quale il predetto stato di emergenza è stato prorogato per ulteriori centottanta giorni;

Vista l'ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile n. 258 del 30 maggio 2015;

Ravvisata la necessità di assicurare il proseguimento, senza soluzioni di continuità, degli interventi finalizzati al superamento del contesto critico in rassegna, anche in un contesto di necessaria prevenzione da possibili situazioni di pericolo per la pubblica e privata incolumità;

Ritenuto, quindi, necessario, adottare un'ordinanza ai sensi dell'art. 3, comma 2, ultimo periodo, del decreto-legge 15 maggio 2012, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2012, n. 100, con cui consentire la chiusura della gestione commissariale istituita ai sensi della citata ordinanza n. 258/2015 per il superamento della situazione di criticità in rassegna atto;

Sentito il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti;

Sentito l'Anas S.p.a.;

Acquisita l'intesa della Regione Siciliana giusta nota del Dipartimento della protezione civile prot. n. CG/0006356 del 26 gennaio 2017;

Di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Dispone:

Art. 1.

1. A decorrere dal 1° aprile 2017 l'Anas S.p.A. provvede in via ordinaria al completamento delle attività e degli interventi residui conseguenti al movimento franoso che ha interessato il viadotto «Himera I» dell'Autostrada A-19 Catania Palermo verificatosi nel mese di aprile 2015.

2. Il Commissario delegato di cui all'art. 1, comma 1, dell'ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile n. 258 del 30 maggio 2015 elabora, entro venti giorni dalla data di pubblicazione della presente ordinanza nella *Gazzetta Ufficiale*, una relazione sulle attività svolte contenente l'elenco dei provvedimenti adottati e degli interventi posti in essere con relativo quadro economico. La relazione di cui al presente comma viene trasmessa al Dipartimento della protezione civile, al Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, all'Anas S.p.A. ed alla Regione Siciliana.

3. A decorrere dalla data di cui al comma 1 cessano le funzioni del Comitato di monitoraggio istituito ai sensi dell'art. 1, comma 6 della citata ordinanza n. 258/2015.

4. All'esito delle attività di cui alla presente ordinanza, il Commissario delegato avvia le procedure per la chiusura della contabilità speciale n. 5956.

5. Restano fermi gli obblighi di rendicontazione di cui all'art. 5, comma 5-*bis*, della legge n. 225 del 24 febbraio 1992.

La presente ordinanza sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 11 aprile 2017

Il Capo del dipartimento: CURCIO

17A02792

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

MINISTERO DELL'INTERNO

Nomina dell'organo straordinario di liquidazione cui affidare la gestione del dissesto finanziario del Comune di Badolato.

Il Comune di Badolato (CZ), con deliberazione n. 4 del 13 febbraio 2017, esecutiva a sensi di legge, ha fatto ricorso alle procedure di risanamento finanziario, previste dall'art. 246 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

Ai sensi dell'art. 252 del citato decreto legislativo n. 267/2000, è stato nominato, con decreto del Presidente della Repubblica del 3 aprile 2017, l'organo straordinario di liquidazione, nella persona del dott. Giuseppe Antonio Belpanno, per l'amministrazione della gestione e dell'indebitamento pregresso e per l'adozione di tutti i provvedimenti per l'estinzione dei debiti del predetto comune.

17A02799

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Ripartizione ed assegnazione agli atenei delle risorse per i contratti di formazione specialistica, a.a. 2012-2013.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 dicembre 2016, registrato dalla Corte dei conti al n. 426 del 16 febbraio 2017, si è provveduto alla ripartizione ed alla assegnazione agli atenei delle risorse relative ai contratti di formazione specialistica per l'anno accademico 2012-2013. Il testo integrale ed i relativi allegati sono consultabili sul sito http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/universita/home

17A02805

MINISTERO DELLA SALUTE

Dati relativi al numero di animali utilizzati in Italia ai fini scientifici, nell'anno 2015

La direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici, recepita in Italia con il decreto legislativo n. 26/2014, sancisce l'obbligatorietà per gli Stati membri di trasmettere alla Commissione, la prima volta entro il 10 novembre 2015 e a seguire con cadenza annuale, le informazioni statistiche relative all'uso degli animali nelle procedure, comprese le informazioni sull'effettiva gravità delle procedure e sull'origine e le specie di primati non umani utilizzati.

Il Ministero della salute, attraverso la Banca dati nazionale per la sperimentazione animale, raccoglie i dati, provvede alla loro rielaborazione e alla loro successiva pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

Con la decisione di esecuzione 2012/707/UE e successiva rettifica del 20 dicembre 2013, la Commissione ha fornito istruzioni dettagliate sulle modalità di comunicazione dei dati statistici sull'uso degli animali, introducendo diverse novità rispetto alla legislazione previgente:

deve essere rendicontato il numero di volte in cui si utilizza l'animale nelle procedure considerato che, in alcuni casi, lo stesso animale può essere utilizzato più volte. Pertanto, il numero degli utilizzi non può essere confrontato con il numero totale di animali cosiddetti «naïve», cioè al primo utilizzo;

deve essere indicata la «sofferenza effettiva dell'animale» durante la procedura, valutata caso per caso e non sommata a quella eventualmente subita negli utilizzi precedenti; di conseguenza non sono rendicontati gli animali sentinella, animali soppressi al solo fine di ottenere organi o tessuti e le forme fetali ed embrionali di specie di mammiferi;

devono essere rendicontate anche nuove specie animali, quali i cefalopodi o gli animali geneticamente modificati quando l'alterazione genetica comporta sofferenza, dolore o disagio;

i dati devono riferirsi all'anno in cui si conclude la procedura: per i progetti di durata pari o superiore ai 2 anni, tali dati saranno comunicati nell'anno in cui si verifica il termine della procedura per quell'animale.

ALLEGATO

DATI STATISTICI RELATIVI ALL'UTILIZZO DI ANIMALI AI FINI SCIENTIFICI PER L'ANNO 2015

Spiegazione delle tabelle.

Ai sensi del decreto legislativo 4 marzo 2014 n. 26, art. 39, commi 3 e 4, emanato in recepimento della direttiva 2010/63/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 settembre 2010 sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici, il Ministero della salute raccoglie le informazioni statistiche sull'uso degli animali nelle procedure, comprese le informazioni sull'effettiva gravità delle procedure e sull'origine e sulle specie di primati non umani utilizzati, sulla base di quanto comunicato entro il 31 marzo di ogni anno dagli utilizzatori di cui all'art. 3, comma 1, lettera *f)* del citato decreto.

I dati statistici, trasmessi annualmente dal Ministero alla Commissione europea, sono raccolti attraverso la Banca dati telematica della sperimentazione animale e rielaborati per la successiva pubblicazione.

Si precisano i contenuti delle tabelle che seguono:

Tabella n. 1 - Animali naïve utilizzati per specie

Questa tabella fornisce il numero effettivo degli animali utilizzati, ovvero il totale di animali al primo utilizzo (naïve) rispetto alla specie.

Tabella n. 2A - Animali naïve utilizzati in base all'origine

Questa tabella fornisce il numero effettivo degli animali utilizzati, ovvero il totale di animali al primo utilizzo (naïve) rispetto all'origine.

Tabella n. 2B - Primati non umani naïve utilizzati in base all'origine

Questa tabella fornisce il numero effettivo dei primati non umani utilizzati, ovvero il totale di primati non umani al primo utilizzo (naïve) rispetto all'origine.

Tabella n. 3 - Generazione primati non umani naïve

Questa tabella fornisce il numero di primati non umani naïve utilizzati, suddivisi in base alla generazione:

F0 = animali prelevati in natura e allevati in cattività;

F1 = prima generazione allevata in cattività, fuori dall'habitat naturale;

F2 o superiore = seconda generazione allevata in cattività, fuori dall'habitat naturale;

Colonia autosufficiente = animali allevati all'interno della colonia o provenienti da altre colonie ma non prelevati allo stato selvatico, tenuti in modo tale da assicurare che siano abituati alla presenza umana.

Tabella n. 4 - Utilizzi di animali nelle procedure

Questa tabella indica il numero totale degli utilizzi di animali rispetto alla specie, ovvero la somma degli animali al primo utilizzo e di quelli utilizzati più volte.

Tabella n. 5 - Finalità delle procedure

Questa tabella fornisce indicazioni sulle finalità delle procedure a cui sono sottoposti gli animali, tenendo conto sia degli animali al primo utilizzo sia di quelli riutilizzati.

Tabella n. 6 - Gravità delle procedure

Questa tabella fornisce una panoramica sul livello di gravità delle procedure (non risveglio, lieve, moderata, grave) e indica, per ogni specie, il numero di utilizzi, tenendo conto sia degli animali al primo utilizzo, sia di quelli riutilizzati.

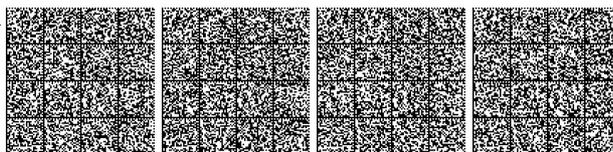



TABELLA 1: ANIMALI *NAÏVE* UTILIZZATI PER SPECIE Anno 2015		
Numero di animali rispetto alla specie		
Codice Specie	Specie	TOTALE
A1	Topi (Mus musculus)	373.483
A2	Ratti (Rattus norvegicus)	130.757
A3	Porcellini d'India (Cavia porcellus)	16.618
A4	Criceti (Siriani) (Mesocricetus auratus)	488
A5	Criceti (Cinesi) (Cricetus griseus)	0
A6	Gerbilli della Mongolia (Meriones unguiculatus)	0
A7	Altri roditori (altri Rodentia)	494
A8	Conigli (Oryctolagus cuniculus)	8.837
A9	Gatti (Felis catus)	0
A10	Cani (Canis familiaris)	540
A11	Furetti (Mustela putorius furo)	14
A12	Altri carnivori (altri Carnivora)	0
A13	Cavalli, asini o ibridi (Equidae)	0
A14	Suini (Sus scrofa domesticus)	1.681
A15	Capre (Capra aegagrus hircus)	4
A16	Pecore (Ovis aries)	165
A17	Bovini (Bos primigenius)	12
A18	Proscimmie (Prosimia)	0
A19	Uistitì o tamarini (ad es. Callithrix jacchus)	0
A20	Macachi di Giava (Macaca fascicularis)	224
A21	Macachi resi (Macaca mulatta)	0
A22	Cercopitechi Chlirocebus spp. (in genere pygerythus o sabaeus)	0
A23	Babbuini (Papio spp.)	0
A24	Scimmie scoiattolo (ad es. Samiri sciureus)	0
A25-1	Altre specie di Scimmie del Vecchio Mondo (Cercopithecoidea)	0
A25-2	Altre specie di Scimmie del Nuovo Mondo (Ceboidea)	0
A26	Scimmie antropomorfe (Hominoidea)	0
A27	Altri mammiferi (altri Mammalia)	16
A28	Polli domestici (Gallus gallus domesticus)	30.984
A29	Altri uccelli (altro Aves)	750
A30	Rettili (Reptilia)	100
A31	Rane (Rana temporaria e Rana pipiens)	0
A32	Rane (Xenopus laevis e Xenopus tropicalis)	146
A33	Altri anfibi (altri Amphibia)	7
A34	Pesci zebra (Danio rerio)	11.275
A35	Altri pesci (altri Pisces)	5.328
A36	Cefalopodi (Cephalopoda)	12
	TOTALE	581.935

TABELLA 2A: ANIMALI *NAÏVE* UTILIZZATI IN BASE ALL'ORIGINE Anno 2015

Numero di animali rispetto all'origine esclusi i primati non umani

Codice Specie	Specie	O1 - Animali nati nell'UE presso un allevatore registrato	O2 - Animali nati nell'UE ma non presso un allevatore registrato	O3 - Animali nati nel resto d'Europa	O4 - Animali nati nel resto del mondo	TOTALE
A1	Topi (Mus musculus)	347.558	24.917	465	543	**373.483**
A2	Ratti (Rattus norvegicus)	130.194	553	0	10	**130.757**
A3	Porcellini d'India (Cavia porcellus)	16.618	0	0	0	**16.618**
A4	Criceti (Siriani) (Mesocricetus auratus)	488	0	0	0	**488**
A5	Criceti (Cinesi) (Cricetus griseus)	0	0	0	0	**0**
A6	Gerbilli della Mongolia (Meriones unguiculatus)	0	0	0	0	**0**
A7	Altri roditori (altri Rodentia)	0	494	0	0	**494**
A8	Conigli (Oryctolagus cuniculus)	8.837	0	0	0	**8.837**
A9	Gatti (Felis catus)	0	0	0	0	**0**
A10	Cani (Canis familiaris)	187	0	0	353	**540**
A11	Furetti (Mustela putorius furo)	12	2	0	0	**14**
A12	Altri carnivori (altri Carnivora)	0	0	0	0	**0**
A13	Cavalli, asini o ibridi (Equidae)	0	0	0	0	**0**
A14	Suini (Sus scrofa domesticus)	1.570	111	0	0	**1.681**
A15	Capre (Capra aegagrus hircus)	3	1	0	0	**4**
A16	Pecore (Ovis aries)	117	48	0	0	**165**
A17	Bovini (Bos primigenius)	4	8	0	0	**12**
A27	Altri mammiferi (altri Mammalia)	14	2	0	0	**16**
A28	Polli domestici (Gallus gallus domesticus)	26.270	4.714	0	0	**30.984**
A29	Altri uccelli (altro Aves)	186	564	0	0	**750**
A30	Rettili (Reptilia)	0	60	40	0	**100**
A31	Rane (Rana temporaria e Rana pipiens)	0	0	0	0	**0**
A32	Rane (Xenopus laevis e Xenopus tropicalis)	42	0	0	104	**146**
A33	Altri anfibi (altri Amphibia)	0	7	0	0	**7**
A34	Pesci zebra (Danio rerio)	10.194	374	662	45	**11.275**
A35	Altri pesci (altri Pisces)	1.758	3.444	0	126	**5.328**
A36	Cefalopodi (Cephalopoda)	0	12	0	0	**12**
	TOTALE	**544.052**	**35.311**	**1.167**	**1.181**	**581.711**

TABELLA 2B: PRIMATI NON UMANI *NAÏVE* UTILIZZATI IN BASE ALL'ORIGINE Anno 2015

Numero di primati non umani rispetto all'origine

Codice Specie	Specie	NPHO1 - Animali nati presso un allevatorere gistrato nell'UE	NHPO2 - Animali nati nel resto d'Europa	NHPO3 - Animali nati in Asia	NHPO4 - Animali nati in America	NHPO5 - Animali nati in Africa	NHP06 - Animali nati nel resto del mondo	TOTALE
A18	Proscimmie (Prosimia)	0	0	0	0	0	0	**0**
A19	Uistitì o tamarini (ad es. Callithrix jacchus)	0	0	0	0	0	0	**0**
A20	Macachi di Giava (Macaca fascicularis)	4	0	112	0	108	0	**224**
A21	Macachi resi (Macaca mulatta)	0	0	0	0	0	0	**0**
A22	Cercopitechi Chlirocebus spp. (in genere pygerythus o sabaeus)	0	0	0	0	0	0	**0**
A23	Babbuini (Papio spp.)	0	0	0	0	0	0	**0**
A24	Scimmie scoiattolo (ad es. Samiri sciureus)	0	0	0	0	0	0	**0**
A25-1	Altre specie di Scimmie del Vecchio Mondo (Cercopithecoidea)	0	0	0	0	0	0	**0**
A25-2	Altre specie di Scimmie del Nuovo Mondo (Ceboidea)	0	0	0	0	0	0	**0**
A26	Scimmie antropomorfe (Hominoidea)	0	0	0	0	0	0	**0**
	TOTALE	**4**	**0**	**112**	**0**	**108**	**0**	**224**

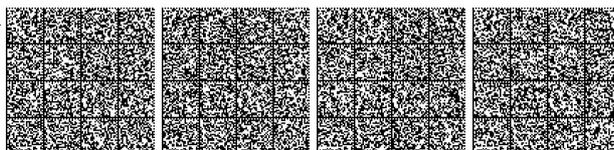



TABELLA 3: GENERAZIONE PRIMATI NON UMANI *NAïVE* Anno 2015						
Numero di primati non umani rispetto alla generazione*						
Codice Specie	**Specie**	**NHPG1 - F0**	**NHPG2 - F1**	**NHPG3 - F2 o superiore**	**NHPG4- Colonia auto-sufficiente**	**TOTALE**
A18	Proscimmie (Prosimia)	0	0	0	0	**0**
A19	Uistitì o tamarini (ad es. Callithrix jacchus)	0	0	0	0	**0**
A20	Macachi di Giava (Macaca fascicularis)	0	54	169	1	**224**
A21	Macachi resi (Macaca mulatta)	0	0	0	0	**0**
A22	Cercopitechi Chlirocebus spp. (in genere pygerythus o sabaeus)	0	0	0	0	**0**
A23	Babbuini (Papio spp.)	0	0	0	0	**0**
A24	Scimmie scoiattolo (ad es. Samiri sciureus)	0	0	0	0	**0**
A25-1	Altre specie di Scimmie del Vecchio Mondo (Cercopithecoidea)	0	0	0	0	**0**
A25-2	Altre specie di Scimmie del Nuovo Mondo (Ceboidea)	0	0	0	0	**0**
A26	Scimmie antropomorfe (Hominoidea)	0	0	0	0	**0**
	TOTALE	**0**	**54**	**169**	**1**	**224**

*Legenda:

F0 = animali prelevati in natura e allevati in cattività

F1 = prima generazione allevata in cattività, fuori dall'habitat naturale

F2 o superiore = seconda generazione allevata in cattività, fuori dall'habitat naturale

Colonia autosufficiente = animali allevati all'interno della colonia o provenienti da altre colonie ma non prelevati allo stato selvatico, tenuti in modo tale da assicurare che siano abituati alla presenza umana.

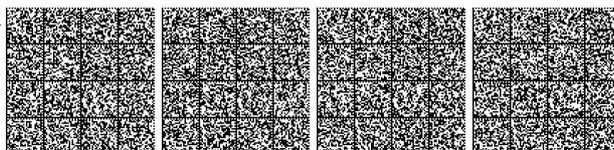
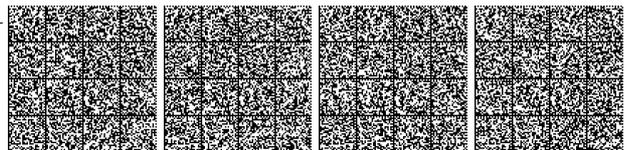



TABELLA 4: UTILIZZI DI ANIMALI NELLE PROCEDURE Anno 2015		
Numero di utilizzi di animali rispetto alla specie		
Codice Specie	**Specie**	**Totale**
A1	Topi (Mus musculus)	**373.666**
A2	Ratti (Rattus norvegicus)	**130.972**
A3	Porcellini d'India (Cavia porcellus)	**16.668**
A4	Criceti (Siriani) (Mesocricetus auratus)	**488**
A5	Criceti (Cinesi) (Cricetus griseus)	**0**
A6	Gerbilli della Mongolia (Meriones unguiculatus)	**0**
A7	Altri roditori (altri Rodentia)	**494**
A8	Conigli (Oryctolagus cuniculus)	**9.775**
A9	Gatti (Felis catus)	**0**
A10	Cani (Canis familiaris)	**601**
A11	Furetti (Mustela putorius furo)	**14**
A12	Altri carnivori (altri Carnivora)	**0**
A13	Cavalli, asini o ibridi (Equidae)	**0**
A14	Suini (Sus scrofa domesticus)	**1.746**
A15	Capre (Capra aegagrus hircus)	**4**
A16	Pecore (Ovis aries)	**235**
A17	Bovini (Bos primigenius)	**733**
A18	Proscimmie (Prosimia)	**0**
A19	Uistitì o tamarini (ad es. Callithrix jacchus)	**3**
A20	Macachi di Giava (Macaca fascicularis)	**278**
A21	Macachi resi (Macaca mulatta)	**4**
A22	Cercopitechi Chlirocebus spp. (in genere pygerythus o sabaeus)	**0**
A23	Babbuini (Papio spp.)	**0**
A24	Scimmie scoiattolo (ad es. Samiri sciureus)	**0**
A25-1	Altre specie di Scimmie del Vecchio Mondo (Cercopithecoidea)	**8**
A25-2	Altre specie di Scimmie del Nuovo Mondo (Ceboidea)	**24**
A26	Scimmie antropomorfe (Hominoidea)	**0**
A27	Altri mammiferi (altri Mammalia)	**16**
A28	Polli domestici (Gallus gallus domesticus)	**33.020**
A29	Altri uccelli (altro Aves)	**750**
A30	Rettili (Reptilia)	**100**
A31	Rane (Rana temporaria e Rana pipiens)	**0**
A32	Rane (Xenopus laevis e Xenopus tropicalis)	**422**
A33	Altri anfibi (altri Amphibia)	**7**
A34	Pesci zebra (Danio rerio)	**11.331**
A35	Altri pesci (altri Pisces)	**5.328**
A36	Cefalopodi (Cephalopoda)	**12**
	TOTALE	**586.699**

TABELLA 5: FINALITA' DELLE PROCEDURE Anno 2015

Numero di utilizzi rispetto alle finalità e alla specie

Codice Specie	Specie	PB-Ricerca di Base	PT-Ricerca traslazionale o applicata	PR- Uso a fini regolatori e produzione ordinaria	PE 40- Protezione dell'ambiente naturale, nell'interesse della salute o del benessere degli esseri umani o degli animali	PS 41- Conservazione delle Specie	PE 42-Istruzione superiore o di formazione per l'acquisizione, il mantenimento o il miglioramento delle competenze professionali	PF 43-Indagini medico-legali	PG 43- Mantenimento di colonie di animali geneticamente modificati, non utilizzato in altre procedure	TOTALE
A1	Topi (Mus musculus)	178.077	115.111	71.291	0	135	142	0	8.910	**373.666**
A2	Ratti (Rattus norvegicus)	27.076	23.245	80.026	0	93	532	0	0	**130.972**
A3	Porcellini d India (Cavia porcellus)	328	2.531	13.809	0	0	0	0	0	**16.668**
A4	Criceti (Siriani) (Mesocricetus auratus)	30	78	380	0	0	0	0	0	**488**
A5	Criceti (Cinesi) (Cricetus griseus)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A6	Gerbilli della Mongolia (Meriones unguiculatus)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A7	Altri roditori (altri Rodentia)	0	494	0	0	0	0	0	0	**494**
A8	Conigli (Oryctolagus cuniculus)	304	1.443	8.014	5	0	9	0	0	**9.775**
A9	Gatti (Felis catus)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A10	Cani (Canis familiaris)	0	0	601	0	0	0	0	0	**601**
A11	Furetti (Mustela putorius furo)	0	12	2	0	0	0	0	0	**14**
A12	Altri carnivori (altri Carnivora)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A13	Cavalli, asini o ibridi (Equidae)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A14	Suini (Sus scrofa domesticus)	65	560	766	8	0	347	0	0	**1.746**
A15	Capre (Capra aegagrus hircus)	0	0	4	0	0	0	0	0	**4**
A16	Pecore (Ovis aries)	56	121	8	50	0	0	0	0	**235**
A17	Bovini (Bos primigenius)	400	12	321	0	0	0	0	0	**733**
A18	Proscimmie (Prosimia)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A19	Uistitì o tamarini (ad es. Callithrix jacchus)	0	1	2	0	0	0	0	0	**3**

Codice Specie	Specie	PB-Ricerca di Base	PT-Ricerca traslazionale o applicata	PR- Uso a fini regolatori e produzione ordinaria	PE 40- Protezione dell'ambiente naturale, nell'interesse della salute o del benessere degli esseri umani o degli animali	PS 41- Conservazione delle Specie	PE 42-Istruzione superiore o di formazione per l'acquisizione, il mantenimento o il miglioramento delle competenze professionali	PF 43-Indagini medico-legali	PG 43- Mantenimento di colonie di animali geneticamente modificati, non utilizzato in altre procedure	TOTALE
A20	Macachi di Giava (Macaca fascicularis)	5	0	273	0	0	0	0	0	**278**
A21	Macachi resi (Macaca mulatta)	0	4	0	0	0	0	0	0	**4**
A22	Cercopitechi Chlirocebus spp. (in genere pygerythus o sabaeus)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A23	Babbuini (Papio spp.)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A24	Scimmie scoiattolo (ad es. Samiri sciureus)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A25-1	Altre specie di Scimmie del Vecchio Mondo (Cercopithecoidea)	8	0	0	0	0	0	0	0	**8**
A25-2	Altre specie di Scimmie del Nuovo Mondo (Ceboidea)	24	0	0	0	0	0	0	0	**24**
A26	Scimmie antropomorfe (Hominoidea)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A27	Altri mammiferi (altri Mammalia)	0	14	2	0	0	0	0	0	**16**
A28	Polli domestici (Gallus gallus domesticus)	4.504	1.053	27.450	13	0	0	0	0	**33.020**
A29	Altri uccelli (altro Aves)	70	474	206	0	0	0	0	0	**750**
A30	Rettili (Reptilia)	100	0	0	0	0	0	0	0	**100**
A31	Rane (Rana temporaria e Rana pipiens)	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
A32	Rane (Xenopus laevis e Xenopus tropicalis)	422	0	0	0	0	0	0	0	**422**
A33	Altri anfibi (altri Amphibia)	0	7	0	0	0	0	0	0	**7**
A34	Pesci zebra (Danio rerio)	6.528	216	4.587	0	0	0	0	0	**11.331**
A35	Altri pesci (altri Pisces)	618	824	3.886	0	0	0	0	0	**5.328**
A36	Cefalopodi (Cephalopoda)	0	0	0	0	0	12	0	0	**12**
	TOTALE	**218.615**	**146.200**	**211.628**	**76**	**228**	**1.042**	**0**	**8.910**	**586.699**

	TABELLA 6: GRAVITA' DELLE PROCEDURE Anno 2015					
	Numero di utilizzi rispetto alle specie ed al livello di gravità					
Codice Specie	**Specie**	**SV1-Non risveglio**	**SV2-Lieve (e fino a lieve)**	**SV3-Moderata**	**SV4-Grave**	**TOTALE**
A1	Topi (Mus musculus)	23.570	186.526	133.409	30.161	**373.666**
A2	Ratti (Rattus norvegicus)	8.270	36.659	82.732	3.311	**130.972**
A3	Porcellini d India (Cavia porcellus)	2.748	11.468	2.182	270	**16.668**
A4	Criceti (Siriani) (Mesocricetus auratus)	33	368	48	39	**488**
A5	Criceti (Cinesi) (Cricetus griseus)	0	0	0	0	**0**
A6	Gerbilli della Mongolia (Meriones unguiculatus)	0	0	0	0	**0**
A7	Altri roditori (altri Rodentia)	0	0	0	494	**494**
A8	Conigli (Oryctolagus cuniculus)	2.107	4.395	2.976	297	**9.775**
A9	Gatti (Felis catus)	0	0	0	0	**0**
A10	Cani (Canis familiaris)	0	176	425	0	**601**
A11	Furetti (Mustela putorius furo)	0	8	6	0	**14**
A12	Altri carnivori (altri Carnivora)	0	0	0	0	**0**
A13	Cavalli, asini o ibridi (Equidae)	0	0	0	0	**0**
A14	Suini (Sus scrofa domesticus)	480	670	477	119	**1.746**
A15	Capre (Capra aegagrus hircus)	1	3	0	0	**4**
A16	Pecore (Ovis aries)	2	122	56	55	**235**
A17	Bovini (Bos primigenius)	0	733	0	0	**733**
A18	Proscimmie (Prosimia)	0	0	0	0	**0**
A19	Uistitì o tamarini (ad es. Callithrix jacchus)	0	0	3	0	**3**
A20	Macachi di Giava (Macaca fascicularis)	1	79	198	0	**278**
A21	Macachi resi (Macaca mulatta)	0	4	0	0	**4**
A22	Cercopitechi Chlirocebus spp. (in genere pygerythus o sabaeus)	0	0	0	0	**0**
A23	Babbuini (Papio spp.)	0	0	0	0	**0**
A24	Scimmie scoiattolo (ad es. Samiri sciureus)	0	0	0	0	**0**
A25-1	Altre specie di Scimmie del Vecchio Mondo (Cercopithecoidea)	0	8	0	0	**8**
A25-2	Altre specie di Scimmie del Nuovo Mondo (Ceboidea)	0	24	0	0	**24**
A26	Scimmie antropomorfe (Hominoidea)	0	0	0	0	**0**
A27	Altri mammiferi (altri Mammalia)	0	16	0	0	**16**
A28	Polli domestici (Gallus gallus domesticus)	146	23.228	7.813	1.833	**33.020**
A29	Altri uccelli (altro Aves)	0	560	0	190	**750**
A30	Rettili (Reptilia)	0	100	0	0	**100**
A31	Rane (Rana temporaria e Rana pipiens)	0	0	0	0	**0**
A32	Rane (Xenopus laevis e Xenopus tropicalis)	0	392	30	0	**422**
A33	Altri anfibi (altri Amphibia)	0	0	7	0	**7**
A34	Pesci zebra (Danio rerio)	176	9.822	813	520	**11.331**
A35	Altri pesci (altri Pisces)	0	2.403	220	2.705	**5.328**
A36	Cefalopodi (Cephalopoda)	12	0	0	0	**12**
	TOTALE	**37.546**	**277.764**	**231.395**	**39.994**	**586.699**

17A02800

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

Approvazione della delibera n. 8 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti, in data 24 novembre 2016.

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0003065/FAR-L-105 del 14 marzo 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 8 adottata dal Consiglio nazionale dell'ENPAF in data 24 novembre 2016, concernente l'adeguamento, per l'anno 2017, delle pensioni e dei coefficienti economici, si sensi degli articoli 7 e 27 del Regolamento di previdenza e assistenza.

17A02806

Approvazione della delibera n. 9 adottata dal Consiglio nazionale dell'Ente nazionale di previdenza e di assistenza farmacisti, in data 24 novembre 2016.

Con nota del Ministero del lavoro e delle politiche sociali n. 36/0003066/FAR-L-106 del 14 marzo 2017 è stata approvata, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto legislativo 30 giugno 1995, n. 509, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, la delibera n. 9 adottata dal Consiglio nazionale dell'ENPAF in data 24 novembre 2016, concernente la determinazione, per l'anno 2017, della misura della quota di iscrizione e dei contributi previdenziali dovuti dagli iscritti.

17A02803

VITTORIA ORLANDO, *redattore* DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2017-GU1-095) Roma, 2017 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.

€ 1,00